



LA DELIVRANCE PAR ACUPUNCTURE EN SALLE D'ACCOUCHEMENT : QUELLES PERSPECTIVES ?

FLEUR BONNEFOY

Étudiante Bachelor – Filière Sage-femme

CAMILLE CANAT

Étudiante Bachelor – Filière Sage-femme

Directrice de travail : CLAIRE DE LABRUSSE

**TRAVAIL DE BACHELOR DÉPOSÉ ET SOUTENU A LAUSANNE EN 2013 EN VUE DE
L'OBTENTION D'UN BACHELOR OF SCIENCE HES-SO DE SAGE-FEMME**

**Haute Ecole de Santé Vaud
Filière Sage-femme**

RESUME

L'acupuncture peut-elle se présenter comme une alternative sérieuse lors de la prise en charge de la troisième phase du travail ? Actuellement les services d'obstétrique régissent cette étape selon des protocoles institutionnels élaborés sur la base d'étude de qualité répondant aux critères de l'Evidence Based Medicine (EBM). Cependant à l'heure où la médicalisation s'intensifie dans les maternités, l'engouement pour les médecines complémentaires amènent les parturientes à plébisciter de nouvelles techniques favorisant la physiologie de la naissance. Les sages-femmes s'intéressent de près à cette thérapie qui leur ouvre la perspective d'un nouveau champ de compétence en lien avec leur statut de garante de la physiologie.

Afin d'apporter des éléments de réponse à cette problématique nous avons procédé à la réalisation d'une revue de littérature regroupant six études sélectionnées pour leur pertinence sur le sujet. Nous avons utilisé différentes bases de données (Pubmed, Science direct) dont une spécialisée dans le domaine de l'acupuncture (Acudoc).

Les résultats de cette revue mettent en lumière le manque de recherches de qualité sur le sujet pouvant conclure à un réel bénéfice de l'utilisation de l'acupuncture lors de la troisième phase du travail. En conséquence au vue des faiblesses méthodologiques et des données contradictoires des études analysées il est difficile de garantir l'efficacité ou l'inefficacité de cette thérapeutique dans ce domaine.

Malgré tout l'utilisation de l'acupuncture lors de la délivrance reste un thème novateur et actuel attirant l'intérêt des chercheurs. Il apparaît indiscutable, que de la qualité des recherches publiées, dépend l'avenir de cette pratique en obstétrique.

MOTS-CLES

Mesh termes français :

Perception sage-femme, pratique sage-femme, obstétrique, acupuncture, médecine complémentaire, thérapie complémentaire, thérapie alternative, ocytocine, placenta, rétention placentaire, délivrance placentaire, hémorragie.

AVERTISSEMENT

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute Ecole de Santé Vaud, du Jury ou du Directeur du Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste de références bibliographiques.

Le 13.06.2013, Fleur Bonnefoy et Camille Canat.

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier sincèrement Claire de labrusse, notre directrice de mémoire, pour ses judicieux conseils, sa patience et sa compréhension.

Nous remercions aussi tout particulièrement les personnes qui par leur implication et leur temps précieux nous ont aidé à finaliser ce travail : Monique Canat et Myriam Sghaier.

Un immense merci à Morgwan et Aurélien d'avoir su nous encourager à chaque étape de ce travail et pour avoir supporté la labilité de nos caractères respectifs.

Nos remerciements s'adressent aussi à nos familles et amis pour leur soutien et amour indéfectible.

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION.....	1
2	PROBLEMATIQUE.....	3
2.1	LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE	4
2.2	LES PERSPECTIVES DISCIPLINAIRES	4
2.3	LES CONCEPTS CLES	5
3	LE PHENOMENE OBSERVE : LA MEDECINE TRADITIONNELLE CHINOISE.....	6
3.1	LE QI	7
3.2	LE YIN ET LE YANG	7
3.3	LES QUATRE SUBSTANCES PRIMAIRES	8
3.4	LES MERIDIENS	8
3.5	LES VISCERES	9
3.6	LA LOI DES CINQ MOUVEMENTS	10
3.7	LA VOIE DES EAUX ET DES CEREALES.....	10
3.8	LE DIAGNOSTIC EN MTC	11
4	LE CADRE DE REFERENCE.....	13
4.1	LE ROLE PROFESSIONNEL DE LA SAGE-FEMME	13
4.2	L'ACUPUNCTURE	15
4.3	LA DELIVRANCE PHYSIOLOGIQUE	18
4.4	DELIVRANCE ET ACUPUNCTURE	20
5	LA QUESTION DE RECHERCHE	24
6	LA DIMENSION ETHIQUE.....	25
7	L'APPROCHE METHODOLOGIQUE	28
7.1	APPROCHE METHODOLOGIQUE RETENUE	28
7.2	POPULATION CIBLE.....	28
7.3	ISSUES.....	28
7.4	INTERVENTIONS.....	28

7.5	MODALITES DU RECUEIL DE DONNEE	28
7.5.1	RECHERCHE DE DESCRIPTEURS (MESH TERMS)	29
7.5.2	CHOIX DES BASES DE DONNEES	31
7.5.3	LANCEMENT DE RECHERCHE	31
7.5.4	RECHERCHE DANS LA LITTERATURE GRISE	35
7.5.5	RECHERCHES SUR INTERNET	35
7.5.6	METHODE DE SELECTION DES ARTICLES	36
7.6	PERIODE DE LA RECHERCHE	38
7.7	CONTRAINTES ET LIMITES	38
8	ANALYSE CRITIQUE DE LA REVUE DE LITTERATURE	39
8.1	CRITERES DE LECTURE CRITIQUE DES ETUDES CLINIQUES	39
8.2	PRESENTATION DES ETUDES CLINIQUES	39
8.3	ANALYSE DES ETUDES CLINIQUES	40
8.3.1	ETUDE N°1	40
8.3.2	ETUDE N°2	44
8.3.3	ETUDE N°3	46
8.3.4	ETUDE N°4	49
8.3.5	ETUDE N°5	53
8.3.6	ETUDE N°6	56
8.4	SYNTHESE DES RESULTATS DE LA REVUE DE LA LITTERATURE	59
8.4.1	ETUDES QUANTITATIVES	59
8.4.1.1	SYNTHESE METHODOLOGIQUE	59
8.4.1.2	SYNTHESE CLINIQUE.....	61
8.4.2	ETUDES QUALITATIVES	64
8.4.2.1	SYNTHESE METHODOLOGIQUE	64
8.4.2.2	SYNTHESE CLINIQUE.....	66
9	DISCUSSION.....	69
9.1	EBM ET ACUPUNCTURE	69
9.2	DELIVRANCE ET ACUPUNCTURE	71

9.3	FORCES ET FAIBLESSES DE NOTRE TRAVAIL.....	73
9.3.1	FORCES	73
9.3.2	FAIBLESSES.....	74
9.4	PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES	74
10	CONCLUSION.....	78
11	LEXIQUE DES POINTS D'ACUPUNCTURE	79
	LISTE DE REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	80
	LISTE BIBLIOGRAPHIQUE	86
	ANNEXES.....	87

1 INTRODUCTION

De nos jours les médecines alternatives font partie intégrante du monde de la santé et des soins prodigués aux patients. Ces médecines englobent différentes pratiques (homéopathie, sophrologie, ostéopathie...), dont l'acupuncture, et sont utilisées à visées très diverses et dans de nombreux services de santé.

Au niveau historique l'acupuncture serait arrivée en Europe aux alentours du 17ème siècle par le biais des médecines traditionnelles chinoises (Roemer, 2005, p.2). Selon l'Organisation Professionnelle Suisse de Médecine Traditionnelle Chinoise (OPS-MTC, 2013) elle y apparaît déjà au 14ème siècle mais ne commença à y être étudiée et utilisée qu'au 18ème et 19ème siècle.

Son utilisation en obstétrique se répand progressivement depuis plusieurs années et les sages-femmes ont accès à une formation spécifique pour pratiquer cette technique. L'acupuncture peut ainsi être utilisée pour de nombreux objectifs : réduire les maux de grossesse (douleurs dorsales, vomissements, insomnies...), favoriser la mise en travail spontanée, aider la version du fœtus en présentation podalique, participer à la délivrance physiologique du placenta, etc.

Cependant, cette technique est aussi controversée et n'est pas encensée par tous. Elle a d'ailleurs mis très longtemps pour être pratiquée selon les vrais principes de la médecine chinoise malgré son arrivée au 17ème siècle. Cela peut être expliqué par des problèmes d'intégrations de ces principes dans la médecine occidentale (Roemer, 2005, p.2). Selon Ernst (2005) l'acupuncture n'a un réel attrait en occident que depuis 1970 et serait dû à une ouverture du monde vers la Chine (p.28). Cela est confirmé par l'OPS-MTC (2013) qui décrit l'expansion de la médecine traditionnelle chinoise, et particulièrement de l'acupuncture, au milieu du 20ème siècle suite au retour en Europe d'un consul français ayant vécu deux décennies en Chine.

De nos jours cela peut aussi soulever des questions éthiques selon l'utilisation de cette technique ainsi que certain a priori ou même une peur de l'inconnu.

Les médecines alternatives sont aussi appelées médecines complémentaires (MC), ce qui nous montre que la médecine actuelle peut être enrichie par ces pratiques. Certains auteurs démontrent par ailleurs que l'acupuncture serait particulièrement efficace lorsqu'elle est associée à d'autres thérapies (Roemer, 2005, p.3).

Grâce à ce travail nous avons la possibilité d'investiguer plus précisément cette pratique qui nous questionne. Nous pensons qu'il pourrait être utile de la propager dans le milieu des soins afin d'offrir toutes les possibilités thérapeutiques à la disposition des patientes mais en connaissant toutes les conditions qui y sont liées. En effet, nous pensons qu'il est important de connaître cette pratique ainsi que ses effets, risques, bénéfices potentiels et méthodes d'application afin de proposer des soins de qualité et sécuritaires. Nous pourrions ainsi le proposer aux femmes/couples en leur expliquant ces détails et favoriser leur choix éclairé. Les soignants pourraient alors adapter les soins en fonction des besoins et du couple.

Cependant, cette technique a été largement étudiée dans des articles, études et revues de littérature. Notamment sur les thèmes des maux de grossesse et de la version du fœtus en position podalique. C'est pourquoi nous souhaitons l'aborder sous un angle peu exploré et novateur. Nous avons donc concentré nos réflexions sur la troisième phase du travail en salle d'accouchement. En effet cette période de l'accouchement et de la maternité est toute aussi importante que les autres et nécessite une surveillance particulière du fait des risques induits pour la mère (Pierre et Bertrand, 2009, p.331). Le décollement du placenta peut être source de complications et nécessite une prise en charge spécifique de ces anomalies. Cela peut donc engendrer des problèmes physiques chez la mère mais perturbe aussi un moment propice au renforcement des liens affectifs familiaux avec l'enfant (Goerke, 2004, p.226-228). Tout au long de nos écrits nous tenterons de trouver des données valables et pertinentes concernant la thématique de l'acupuncture utilisée lors de la troisième phase du travail et analyserons ces résultats afin de dégager des constats concernant la pratique actuelle. Nous commencerons notamment par explorer la philosophie de la médecine traditionnelle chinoise ainsi que ses principes de base. Puis, nous détaillerons plus précisément le rôle professionnel de la sage-femme ainsi que l'acupuncture et la délivrance dans le cadre conceptuel de ce travail.

2 PROBLEMATIQUE

De nos jours, la troisième phase du travail est une phase fortement dirigée et encadrée par des protocoles de service rigoureux, faisant appel à des traitements médicamenteux ayant fait la preuve de leur efficacité. Une pratique visant à prévenir au mieux les risques et complications possibles lors de cette phase pour les femmes.

Cependant l'administration de médicament n'est jamais sans risque et répercussions possibles sur la santé maternelle. De plus l'utilisation de molécules chimiques ne s'inscrit pas toujours dans la préservation du phénomène de physiologie. Pour cette raison depuis un certain temps on remarque une demande croissante de la part des femmes de favoriser le maintien de la normalité lors du travail et de toutes ces phases. La sage-femme est souvent décrite comme la gardienne de la physiologie et dans cette optique semble être le professionnel de santé au cours de l'accouchement, le plus à même de proposer des techniques alternatives favorisant le maintien de cet état ou bien son rétablissement.

Par ailleurs lors de nos stages nous avons eu la chance d'observer l'utilisation de l'acupuncture en salle d'accouchement et lors de consultations de grossesse. Notre curiosité personnelle nous a ainsi poussées à nous renseigner sur cette technique et à nous informer sur son utilisation. Ainsi, nous avons pu voir la pratique concrète de l'acupuncture, réalisée par les sages-femmes de nos jours, et de nombreux questionnements ont alors émergés :

Les femmes sont-elles satisfaites de l'utilisation de l'acupuncture?

En quoi consiste la formation d'acupuncture ? Est-elle obligatoire ?

La pratique de l'acupuncture offre-t-elle d'autres possibilités que celles vues en stage ?

L'acupuncture est-elle efficace et bénéfique pour les femmes ?

Est-il possible d'utiliser l'acupuncture à la place de soins habituellement pratiqués (exemple : ocytocine lors du dégagement des épaules) ?

Partant de ces constats, questionnements et de l'engouement populaire pour la pratique de l'acupuncture autour de la naissance, nous avons effectué des recherches alliant le sujet de la troisième phase du travail à celui de l'utilisation de l'acupuncture.

2.1 LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Au cours de nos recherches nous avons constaté que de nombreux auteurs considèrent l'acupuncture comme une méthode sûre en obstétrique apportant des bénéfices au cours du travail. En effet selon Sartori et Arrandel (2010), « l'acupuncture permet un soutien complémentaire au déroulement physiologique de l'accouchement [et] dans le contexte périnatal, cette pratique prend tout son sens de par son innocuité et la personnalisation du traitement. » p. 36. Elle peut être utilisée tout au long du travail mais à également un rôle spécifique au moment de la délivrance. D'après Salagnac (1998) trois points d'acupuncture peuvent être utilisés pour activer la délivrance et lors de rétentions placentaires. L'acupuncture peut s'avérer bénéfique dans les cas d'hypertonie utérine ou d'inertie utérine.

2.2 LES PERSPECTIVES DISCIPLINAIRES

Les perspectives disciplinaires de ce travail vont dans plusieurs directions qui nous sont apparues au cours de nos lectures diverses sur le sujet ainsi que nos discussions avec les sages-femmes de terrain.

Effectivement elles sont tout d'abord d'ordre biomédical permettant d'explorer une méthode qui favorise la délivrance physiologique tout en identifiant les répercussions sur la santé maternelle (déroulement et durée de la troisième phase du travail, effets secondaires de la technique chez les parturientes...). Et cela en considérant la pratique sage-femme qui s'articule autour de la promotion de la physiologie tout en ayant une perception accrue du risque. La sage-femme est la professionnelle de santé considérée comme la garante de la physiologie. Elle se doit donc d'avoir une réflexion constante sur sa pratique, ses compétences mais aussi sa prise en charge des femmes dans le but d'encourager et de favoriser la normalité. Dans cette perspective selon Sartori et Arrandel (2010) l'acupuncture apparaît comme « un soutien complémentaire au déroulement physiologique de l'accouchement » (p.36). Cela amène à un questionnement concernant le rôle de prévention et promotion de la santé qu'exerce la sage-femme. Sartori et Arrandel (2010) évoquent aussi le fait que « la sage-femme est souvent considérée par les patientes comme une professionnelle de la santé sécurisante également capable d'apporter des techniques alternatives fiables pour améliorer le vécu des femmes durant la période périnatale » (p.36). En ce sens la formation des sages-femmes en acupuncture soutient le rôle qu'elle pratique en prévention et promotion de la santé. Ainsi toujours selon Sartori et Arrandel (2010) elle « acquiert une identité professionnelle propre, lui permettent de proposer une prise en charge personnalisée et adaptée. » (p.36).

Dans un second temps ce travail touche également au domaine de la sociologie. Inclure l'approche sociologique dans notre travail va nous permettre d'ancrer notre thème dans la situation actuelle en prenant en considération le rôle professionnel de la sage-femme. D'après Page (2004) l'exercice du

métier de sage-femme doit prendre en compte le ressenti et le vécu des femmes qu'elles accompagnent. En ce sens elles se doivent de centrer leur pratique sur les besoins des parturientes afin que l'expérience de décision soit partagée entre la femme, reconnue comme le décideur principal et la sage-femme l'accompagnant dans celle-ci en facilitant le choix éclairé. Le paradigme de l'approche centrée sur la personne amenant à une vision holistique des soins semble être un des préceptes de la médecine traditionnelle chinoise qui affirme prendre en compte l'individu dans sa globalité. Ainsi nous tenterons d'identifier ce lien entre la pratique ancestrale chinoise et la vision des soins dans l'exercice de la profession sage-femme actuelle.

Dans nos lectures ainsi que dans la pratique nous avons identifié une demande de la part des parturientes d'avoir accès aux médecines complémentaires au cours du travail. Munstedt, Brenken et Kalder (2009) expliquent que la sollicitation des médecines complémentaires par les femmes est la deuxième cause de son utilisation en obstétrique. D'un autre côté Mitchell et Williams (2007) mentionnent que les sages-femmes estiment que l'usage des médecines complémentaires en obstétrique leur permet de soutenir la physiologie de la naissance à travers la possibilité pour elle d'être « avec » les femmes et ainsi de leur fournir des soins holistiques. De plus Rempp (2000) indique que les sages-femmes sont très demandeuses concernant la pratique de l'acupuncture et qu'elles en retirent une grande satisfaction à la mettre en œuvre auprès des femmes en salle de naissance.

Et enfin ce travail s'inscrit dans une dimension pluridisciplinaire qui selon nous peut permettre d'enrichir la profession sage-femme en ouvrant la pratique vers d'autres champs de compétences que sont les médecines complémentaires basées sur des données prouvées scientifiquement par l'EBM.

2.3 LES CONCEPTS CLES

Au regard de cette question de recherche nous avons fait ressortir deux concepts centraux qui s'articulent pour donner sens à notre réflexion. L'acupuncture représente l'intervention que nous souhaitons évaluer au cours de ce travail, cependant cette thérapie fait partie intégrante d'un autre concept plus général qui est celui de la médecine complémentaire que nous traiterons dans le cadre de référence. Ce travail d'évaluation, grâce à une revue de littérature, tend à nous apporter des réponses vers une issue clinique nommée dans notre question de recherche qui est, de favoriser un décollement placentaire physiologique en tenant compte de la notion de risque pouvant conduire à une hémorragie de la délivrance, suite à différents paramètres comme celui de la rétention placentaire. Cela va nous amener à traiter, dans le cadre de référence, le concept de délivrance physiologique en le liant à celui du risque

3 LE PHENOMENE OBSERVE : LA MEDECINE TRADITIONNELLE CHINOISE

Pour pouvoir réaliser ce travail de recherche sur l'acupuncture il est essentiel de regarder le contexte global de cette pratique. En effet l'acupuncture n'est pas une technique isolée ni originaire de la médecine moderne, comme décrit dans l'introduction. Selon l'OMS (2002) : « L'acupuncture est une thérapie de la médecine traditionnelle chinoise mais de nombreux pays européens la définissent, et définissent la médecine traditionnelle chinoise en général, comme une médecine complémentaire ou parallèle parce qu'elle ne fait pas partie de leurs propres traditions en matière de santé. » (p.8).

L'acupuncture est donc une des pratiques faisant partie de la médecine traditionnelle chinoise (MTC) et n'est pas semblable à nos méthodes occidentales. Nous pensons donc qu'il est indispensable d'étudier les bases et principes de la MTC pour comprendre le raisonnement lié à l'acupuncture ainsi que son utilisation en pratique.

La MTC comprend plusieurs thérapies :

Selon Yelland (2005) elle inclut l'acupuncture, le massage traditionnel (tuina), l'utilisation de ventouses, la phytothérapie chinoise, la thérapie diététique et la moxibustion (p.4).

Pour l'Organisation Professionnelle Suisse de Médecine traditionnelle Chinoise (2013) elle regroupe l'acupuncture, la phytothérapie chinoise, la diététique, le tuina et le Qi cong (technique de respiration, concentration et méditation).

D'après l'institut Ming Men (S.d) les disciplines de la MTC sont : l'acupuncture, la pharmacopée, la diététique chinoise, le massage (tui na et an mo), les exercices énergétiques (qi gong), la moxibustion, les ventouses.

Cela nous prouve que la MTC est décrite comme une médecine utilisant différentes thérapies, qui sont plus ou moins nombreuses selon les auteurs.

La Fédération Nationale de Médecine traditionnelle Chinoise (FNMTC, 2013) nous apporte une définition de la MTC:

La médecine traditionnelle chinoise (MTC) est née et s'est développée en CHINE où elle est une médecine d'état bénéficiant des infrastructures universitaires et hospitalières dues à sa qualité. Elle est une science holistique, permettant de comprendre et d'agir sur les mécanismes énergétiques internes de l'organisme et sur les échanges énergétiques avec l'extérieur... .

La MTC procède logiquement, selon des règles qui régissent la physiologie énergétique humaine. Elle étudie l'anatomie humaine, les organes, les tissus, les liquides et la pathologie en restant attachée à la notion fondamentale de "système énergétique".

Sa méthodologie thérapeutique vise à chasser les facteurs pathogènes, à éliminer les obstacles à la circulation de l'énergie, à favoriser sa production et à harmoniser sa répartition dans l'ensemble de l'organisme. Son action thérapeutique est à la fois curative et préventive. Elle utilise les méthodes d'investigation spécifiques de la MTC et les moyens de la technologie moderne et tient compte, sans en juger le contenu, des examens déjà réalisés.

Grâce à cette définition nous pouvons comprendre que la MTC est une science globale, complexe et qui se base sur les énergies. En résumé pour la MTC : tout est énergie. Cela est confirmé par Yelland (2005) qui explique que la philosophie médicale chinoise allie le travail de l'esprit et du corps par l'intermédiaire de certaines substances vitales (Qi, sang, jing, et liquides organiques) mais que la base est le Qi (l'énergie, la force de vie du corps) (p. 7-8).

Nous allons détailler plus précisément les principes généraux de la MTC (sachant que les différentes disciplines de la MTC reposent sur les mêmes fondements) :

3.1 LE QI

L'énergie est décrite par le caractère chinois qi (prononcé tchi). Ce caractère, écrit en entier, prend en compte les multiples aspects de l'énergie : énergie subtile, le qi, et énergie plus grossière et matérielle, le mi (Rempp et Bigler, 2008, p. 29). Ces affirmations sont confirmées par les propos de Salagnac (1998) qui précise que l'homme est créé grâce à trois énergies (les Qi héréditaires) : le ciel (Yuan Qi), la terre (Jing qi) et l'homme (Zong Qi). Ces énergies doivent absolument coexister pour que la création de l'homme soit possible. Puis la vie est ensuite entretenue par les souffles nourriciers (Qi personnels) : l'énergie nourricière Rong et l'énergie défensive Wei (p. 26-27). Les énergies circulent partout dans le corps humain et le qi atteint donc toutes les structures de l'organisme.

3.2 LE YIN ET LE YANG

L'homme est donc situé entre l'énergie du ciel et l'énergie de la terre. Celles-ci font subir à l'être humain des transformations et mutations du Qi qui se caractérisent par des rythmes d'alternance et d'équilibre. Ces variations sont décrites par deux principes : le Yin et le Yang, qui ne peuvent subsister l'un sans l'autre. Tout ce qui existe (les êtres et les choses) sont originaires de ces deux principes qui sont opposés et complémentaires. L'équilibre et l'alternance du Yin et du yang est défini par une loi universelle : le Tao (Dao). Le Yin est assimilé à un côté sombre, obscur, au froid et à la féminité, etc. Tandis que le yang est associé au soleil, à la chaleur, à la subtilité, au sexe masculin... Chaque personne est un mélange de Yin et de Yang. (Rempp et Bigler, 2008, p. 30-31 et Salagnac, 1998, p. 17). Le symbole représentant cet ensemble est maintenant bien connu par la population

générale : un cercle avec à l'intérieur une partie Yang et une partie Yin (au sein desquelles un petit cercle montre le Yin dans le Yang et le Yang dans le Yin) [Annexe I].

3.3 LES QUATRE SUBSTANCES PRIMAIRES

En plus du qi il y a quatre substances primaires dans le corps : le sang (Xue), l'essence (Jing), les liquides organiques (Jin Ye) et l'esprit (Shen). Ces substances ne sont pas définies comme dans notre médecine occidentale mais décrivent des éléments de base qui ont des fonctions propres et des relations entre elles et avec le reste du corps.

Le sang est produit par l'alimentation absorbée par la rate, circule dans l'organisme et relit les diverses parties du corps. Ainsi, il nourrit et entretient les fonctions et organes producteurs de qi. Qi et sang sont donc intimement liés.

L'essence est une substance fondamentale pour toute forme de vie et peut être divisée en deux catégories. Le jing inné est reçu par nos parents (essence congénitale) et ne peut être renouvelé. Le jing acquis est produit par les nutriments de l'alimentation que nous mangeons. L'essence a pour fonction d'organiser la croissance de l'individu et sert de matériel de base pour les activités de la vie.

Les liquides organiques sont des fluides mobiles et clairs (les jin) ou épais et moins mobiles (les ye). Ces liquides sont distribués par le cœur et les poumons aux organes et tissus de tout l'organisme. Ce terme est donc similaire à celui que nous utilisons en occident.

L'esprit, appelé shen, caractérise la conscience humaine, les sentiments, la pensée et la capacité d'analyser et de décider. La vitalité, vivacité et l'esprit sain se reflètent notamment dans le regard (yeux brillants) ou dans le teint du visage (éclat). (Rempp et Bigler, 2008, p. 41-48 et Yelland, 2005, p. 9.).

3.4 LES MERIDIENS

L'énergie et le sang (ainsi que d'autres substances) circulent dans des méridiens : il s'agit de canaux immatériels, d'un réseau qui traverse le corps humain dans son entier. Il y en a différentes sortes : douze méridiens principaux, méridiens secondaires (douze méridiens tendino-musculaires, douze méridiens distincts, douze méridiens lo transversaux et seize méridiens lo longitudinaux) et les huit méridiens curieux (Rempp et Bigler, 2008, p.50-57. Et Salagnac. 1998. p. 40-45).

D'après Salagnac (1998) les méridiens principaux sont couplés par deux (un yin avec un yang) et sont en relation avec les cinq mouvements mais aussi avec les organes et les entrailles. Ces méridiens se succèdent de façon à ce que chaque méridien est lié à celui qui le précède et à celui qui le suit. L'énergie circule dans ces méridiens sans aucune interruption et en fait cinquante fois le tour en 24 heures (p. 40-41). Grâce à Rempp et Bigler (2008) nous pouvons préciser que les méridiens principaux

parcourent l'individu de haut en bas (méridiens yang) ou de bas en haut (méridiens yin) et qu'ils sont nommés selon un nom énergétique ou un nom viscéral. Les méridiens principaux ont donc des noms énergétiques qui correspondent à des organes ou entrailles, par exemple : Shou tai yin correspond au méridien du poumon (p. 51-53).

Selon Salagnac (1998) :

Les méridiens principaux font communiquer l'homme avec lui-même et avec le monde extérieur. Sur eux retentissent toutes les activités organiques, énergétiques, psychiques de l'homme. Sur leur trajet superficiel émergent les points d'acupuncture qui vont nous permettre d'agir sur le méridien, sur toute la pathologie qui peut l'atteindre. (p. 43.)

Les méridiens secondaires sont complémentaires aux méridiens principaux et sous leur dépendance. Les tendino-musculaires sont les plus superficiels et soutiennent la fonction locomotrice du corps humain. Les distincts sont plus profonds et liés à la physiologie viscérale et cérébrale. Les lo transversaux ont pour fonction d'unir les méridiens couplés et les lo longitudinaux soutiennent les contacts avec l'extérieur (Salagnac, 1998, p. 43-45).

Les méridiens curieux empruntent principalement le trajet d'autres méridiens, sauf deux d'entre eux. Ils sont liés à tout ce qui concerne la création et sont donc très important en obstétrique pour la grossesse et l'évolution du fœtus.

Notre travail étant basé sur l'obstétrique, la délivrance en particulier, nous ne trouvons pas judicieux d'énumérer tous les méridiens et points d'acupuncture existants sur le corps humain. Nous développerons plus loin ceux qui sont spécifiques et utilisés lors de cette phase de l'accouchement.

3.5 LES VISCERES

Comme nous l'avons vu précédemment l'énergie circule de partout dans l'organisme. Les viscères contenues dans le corps humain élaborent, unifient et maintiennent cette énergie. Il y en a deux sortes : les viscères pleins (zang, ou organes) et les viscères creux (fu, ou entrailles). Les organes sont le poumon, le cœur, le foie, la rate, le rein et le maître du cœur. Les entrailles sont la vésicule biliaire, l'estomac, le gros intestin, l'intestin grêle, la vessie et le triple réchauffeur. Ces viscères s'associent par deux (comme le yin et le yang), c'est-à-dire qu'un organe est toujours lié à une entraille. Chaque viscère à des méridiens principaux couplés qui lui correspondent : un méridien yang pour l'entraille et un méridien yin pour l'organe (Rempp et Bigler, 2008, p. 62).

Selon Rempp et Bigler (2008) :

Les organes et entrailles de la médecine traditionnelle chinoise ont donc des fonctions qui ne recourent qu'en partie celles que nous leur attribuons en Occident. Les fonctions de zang et des

fu sont plus larges et comprennent en particulier le domaine de l'esprit et des émotions, car corps matériel et être psychique sont indissociables. (p. 65).

3.6 LA LOI DES CINQ MOUVEMENTS

Les organes sont liés entre eux par la loi des cinq mouvements qui est constituée des cinq éléments : le bois, le feu, l'eau, le métal et la terre. Pour la médecine chinoise la vie est dépendante de ces éléments, qui se succèdent et s'inhibent. Ceci est caractérisé par la loi d'engendrement (chaque mouvement donne naissance au suivant, rapport de mère à fils) et par la loi d'inhibition (Chaque mouvement en inhibe un autre) [Annexe II].

Les cinq éléments sont représentatifs d'autres éléments spécifiques (par exemple : le bois représente l'organe du foie et la saveur aigre, la terre représente l'organe de la terre et la saveur doux...). [Annexe III]. Ceci est donc important dans la MTC, et particulièrement en acupuncture, pour savoir quel point est le plus approprié sur un méridien donné en fonction de la situation. En effet, le tableau des correspondances peut démontrer diverses indications pour utiliser les points d'acupuncture. (Rempp et Bigler, 2008, p. 66-70. Et Salagnac, 1998, p. 19-21).

3.7 LA VOIE DES EAUX ET DES CEREALES

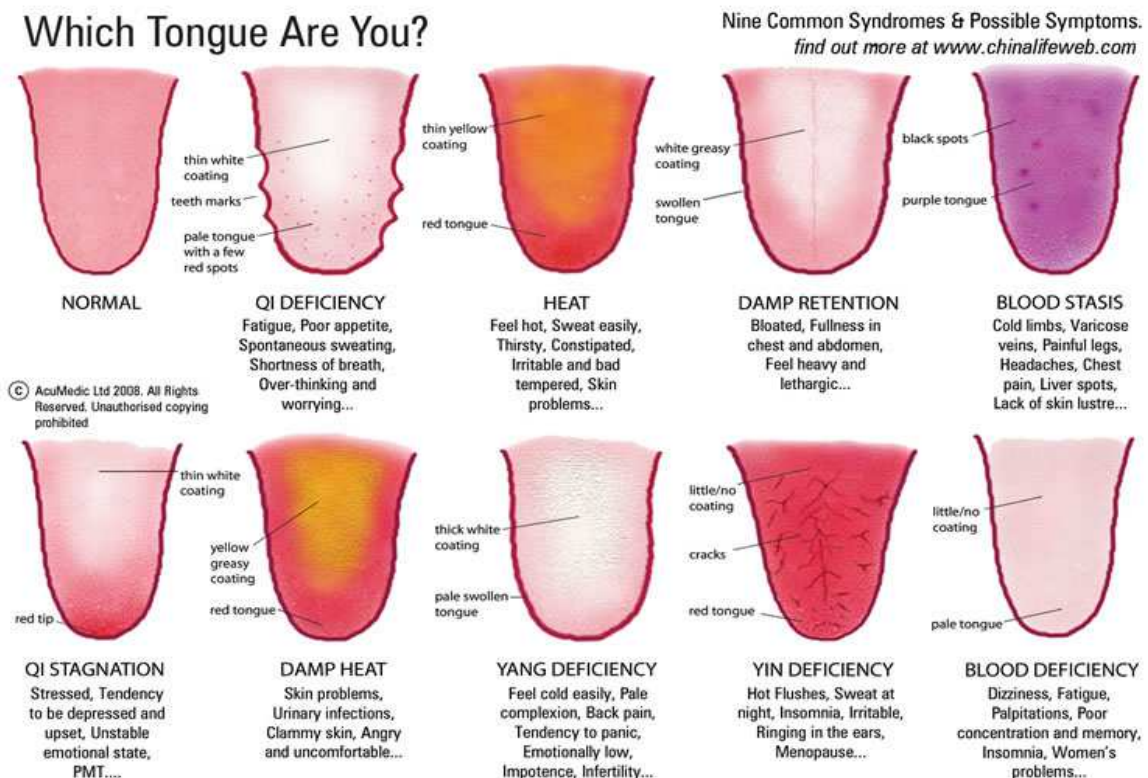
La voie des eaux et des céréales est l'appellation en MTC caractérisant les mécanismes de nutrition de l'individu. Le Triple Réchauffeur (TR) est la grande fonction physiologique de ces mécanismes. Il est décrit selon trois étages : l'étage thoracique (supérieur, en relation avec le Ciel), l'étage sus-ombilical (moyen, en relation avec l'Homme) et l'étage sous-ombilical (inférieur, en relation avec la Terre). Ce TR a pour fonction de macérer les aliments ingérés par l'homme, les assimiler et les transformer en énergies qui seront transportées et utilisées par l'organisme. Le réchauffeur supérieur est un lieu de passage pour les éléments alimentaires et respiratoires. Le réchauffeur moyen transforme les particules, où la rate va distribuer les substances pures (jin ye). Les déchets vont vers le réchauffeur inférieur afin d'être éliminés par le gros intestin et la vessie. Ce fonctionnement est donc global et semblable à la digestion. (Rempp et Bigler, 2008, p. 36-40) [Annexe IV].

Salagnac (1998) précise que le TR est en relation avec deux autres fonctions complémentaires : la fonction du maître du cœur (MC) et la respiration. Le MC est Yin (par rapport au TR qui est Yang) et a trois enveloppes : enveloppe de la gorge (MC supérieur, qui distribue le sang), enveloppe du cœur (MC moyen, qui extrait l'énergie) et enveloppe de l'utérus (MC inférieur qui ramasse les énergies). La respiration, quant à elle, apporte l'énergie de l'air (Yang qi, air inspiré) et fait circuler les produits de l'alimentation (p. 27-30). Toutes ces fonctions produisent les énergies et le sang nécessaires à l'entretien de la vie.

3.8 LE DIAGNOSTIC EN MTC

Les praticiens de MTC utilisent tous ces principes énoncés (qi, yin et yang, méridiens...) pour poser un diagnostic et réaliser leurs soins. Leurs techniques ne sont donc pas identiques aux nôtres. Le praticien fait notamment appel à une vision globale de la personne, plutôt que de se baser sur un symptôme. Il prend en compte l'histoire familiale du patient, son problème, ses antécédents médicaux, son statut émotionnel, son alimentation, son niveau d'énergie, les facteurs environnementaux, sa langue, ses pouls et fait un examen clinique.

L'observation de la langue et des pouls du patient est beaucoup utilisée en médecine chinoise et donne de nombreux indices sur les causes du problème actuel. Le pouls se sent au niveau des poignets (artères radiales) à trois endroits différents. Selon la force, le rythme et la qualité des pouls ressentis cela donne des indications concernant l'équilibre d'énergie dans le corps et l'état de la maladie. L'observation de la langue concerne sa couleur, sa forme, le revêtement et l'humidité. Cela donne aussi des informations concernant le déséquilibre interne éventuel du patient (Yelland, 2005, p. 10.).



<http://www.360degreeshealth.com.au/Blog/?p=203>

Pour la MTC de nombreuses causes peuvent être à l'origine des maladies et déséquilibres : le temps (humidité, froid, chaleur...), les facteurs émotionnels (par exemple la colère atteint le foie), le surmenage, les parasites, une mauvaise alimentation, prise de drogues, une activité sexuelle excessive,

les traumatismes... Notamment car le corps et l'esprit forment une unité inséparable. La prévention des troubles est une part importante de la MTC. Pour cela elle recommande un style de vie sain et régulier, une alimentation saine, faire de l'exercice et maintenir l'harmonie dans les activités émotionnelles (Yelland, 2005, p. 13-14).

Ces éléments qui influent sur le corps vont être à l'origine de différents mécanismes : les excès et les plénitudes, les insuffisances et les vides, les stagnations. Le qi, le shen, le sang, les jin ye, le jing et le yin et yang peuvent être atteints par un de ces mécanismes. Ainsi, c'est le désordre, la mauvaise répartition ou mauvaise circulation de l'énergie qui provoque les maladies et symptômes. L'action de la MTC va donc être de corriger ces déséquilibres, extirper les énergies perverses et soutenir les énergies défaillantes. L'acupuncture va alors pouvoir tonifier les vides, disperser les plénitudes et faire circuler les stagnations (Rempp et Bigler, 2008, p. 104-111).

Puisque nous venons d'explicitier la nature et les bases de la médecine traditionnelle chinoise nous allons maintenant pouvoir détailler les éléments en lien avec ce phénomène dans notre recherche. C'est pour cela que nous clarifions le rôle de la sage-femme en lien avec l'utilisation de l'acupuncture lors de la délivrance dans le cadre de référence ci-dessous.

4 LE CADRE DE REFERENCE

4.1 LE ROLE PROFESSIONNEL DE LA SAGE-FEMME

Le rôle de la sage-femme est très large et varié. De nombreuses responsabilités, devoirs et compétences sont liés à cette profession. Nous pensons qu'il est important de définir ce rôle professionnel afin de connaître le champ d'activité de la sage-femme avant de le mettre en lien par la suite avec les autres concepts de ce travail.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2005) la sage-femme est caractérisée par sa fonction d'accoucheur qualifié et doit avoir des compétences et aptitudes spécifiques : être à l'aise dans la communication et notamment la communication interculturelle, avoir une approche de soins centrée sur la personne, surveiller le bien-être maternel et fœtal, tenir un partogramme, identifier les problèmes et assurer la prise en charge, prendre en charge un accouchement normal par voie basse, prodiguer des soins postnatals aux femmes et nouveau-nés, aider à l'instauration de l'allaitement, favoriser la prévention et promotion de la santé... (p.4-5). De plus, de nombreux autres paramètres d'exercice sont détaillés dans ce guide. Grâce à ces éléments nous pouvons comprendre que le rôle professionnel sage-femme ne se limite pas à une pratique de soins techniques mais prend en compte tous les aspects émotionnels, physiques, psychologiques et spirituels de la personne.

D'après un article de Karrer et al. (2003) :

La sage-femme, qu'elle exerce en libéral, en établissement de santé ou dans un service de PMI, a toutes compétences pour assurer le suivi médical de la grossesse dans le cadre de la physiologie. Elle présente des atouts majeurs pour aider les parents à être acteurs de ce qu'ils vivent et les accompagner dans le développement de leurs compétences parentales [...] (p.18).

Cette définition met en avant les compétences au niveau de la physiologie obstétricale, la diversité des lieux d'exercice de la sage-femme et montre également l'élargissement du rôle professionnel.

La confédération internationale des sages-femmes (ICM, 2008) démontre aussi le large champ de compétences des sages-femmes. Elle décrit celles-ci comme étant des personnes ayant achevé avec succès un enseignement d'obstétrique valable dans leur pays d'exercice, basé sur les compétences essentielles pour la pratique et sur les normes mondiales de l'ICM. La sage-femme est reconnue comme un professionnel responsable, qui travaille en partenariat avec des femmes pour leur fournir l'aide nécessaire, des soins et des conseils durant la grossesse, l'accouchement et la période de post-partum. Elle participe à la naissance sur sa propre responsabilité de sage-femme et fourni des soins

pour le nouveau-né et l'enfant en bas âge. Ces soins incluent des mesures préventives, la promotion de l'accouchement physiologique, la détection de complications chez la mère et l'enfant, l'accès aux soins médicaux ou d'autres aides appropriées et l'application de mesures de secours.

Il est donc important en tant que professionnel d'allier ces différentes compétences et aptitudes avec nos ressources personnelles pour accéder à une prise en charge efficace des femmes et familles. La connaissance de ces principes issus des guidelines de la littérature et la remise à niveau perpétuelle (actualisation des connaissances, formation continue) permettent notamment d'exercer cette profession sur des bases fiables et dans un souci éthique.

La profession sage-femme en Suisse s'appuie totalement sur les principes de l'ICM. Par exemple le code de déontologie suisse régissant ce métier est le code de déontologie de l'ICM (1993) qui a été adopté comme document officiel par la Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) en 1994.

Les professionnels peuvent donc s'appuyer sur les préceptes de l'ICM pour tenter d'atteindre les buts énoncés précédemment. Et notamment sur le code international d'éthique pour la profession sage-femme (2008). Ce code aborde les aspects suivants : comment les sages-femmes entrent en relation avec les autres, comment elles pratiquent l'obstétrique, comment elles assument leurs droits et devoirs professionnels et comment elles doivent travailler pour assurer l'intégrité de cette profession.

Grâce à tous les éléments cités ci-dessus nous comprenons que la sage-femme est une professionnelle qualifiée et compétente pour assurer le suivi d'un accouchement simple. De plus, elle peut s'appuyer sur des références scientifiques pour garantir ce rôle et promouvoir le maintien de la physiologie. La sage-femme est donc la personne référente pour accompagner toutes les phases de l'accouchement physiologique et défendre la normalité de la naissance. Ceci est confirmé par la FSSF (2013) qui dit que cette professionnelle est experte dans le domaine de la maternité, responsable de la physiologie de façon autonome et qui fait appel au corps médical lors de complications.

Par ailleurs la sage-femme est la personne référente aussi auprès des familles. Au vu du large champ de compétence inhérent à ce rôle professionnel elle les accompagne à plusieurs niveaux (émotionnel, physique...) et à différents temps de la vie (grossesse, accouchement...). Selon Page (2004) : « Les recherches sur les expériences d'accouchement des femmes révèlent que la qualité de leur relation entre leur sage-femme et elles constitue le facteur essentiel d'une expérience satisfaisante » (p. XIII).

C'est pour toutes ces raisons que la sage-femme est considérée comme la gardienne de l'accouchement et notamment de la délivrance. Comme décrit lors de l'introduction de ce travail la délivrance est une période importante de l'accouchement et nécessite une surveillance particulière. La sage-femme est donc la plus qualifiée pour promouvoir la normalité de cette phase du travail.

De plus, comme décrit dans le concept suivant, les sages-femmes souhaitant utiliser l'acupuncture en suisse doivent se former et obtenir un diplôme spécifique en acupuncture obstétricale. Par exemple la FSSF (2013) propose des programmes de formation continue, dont l'acupuncture. Elles ont donc une formation et des connaissances liées à cette thérapeutique qui sont directement en relation avec la pratique de l'obstétrique, à l'inverse d'autres professionnels (comme les médecins) qui ont une formation plus globale. La sage-femme est donc aussi la plus qualifiée pour utiliser cette thérapeutique avec les femmes enceintes et donc lors de la délivrance.

Nous allons maintenant détailler les concepts d'acupuncture et de délivrance afin de montrer que le rôle professionnel de la sage-femme et ses capacités en acupuncture obstétricale sont étroitement liés.

4.2 L'ACUPUNCTURE

L'acupuncture est une méthode thérapeutique faisant partie de la médecine traditionnelle chinoise. En occident elle est aussi apparentée au concept des médecines complémentaires.

Ce concept relié au champ disciplinaire de la médecine et plus précisément de la médecine douce, se définit comme un « terme générique qui désigne de multiples méthodes de traitement, techniques de diagnostic et moyens thérapeutiques qui, pour certains, reposent sur une longue tradition culturelle et pour d'autres ont été très récemment développés. » (Perrenoud, S, 2012, *Médecines complémentaires et assurances sociales*). Les médecines complémentaires prennent une place de plus en plus importantes dans les soins actuellement et ce de part un intérêt grandissant porté par les patients concernant la prise en charge de leur santé. En effet les patients les perçoivent comme des techniques « faisant partie de l'éventail des options thérapeutiques disponibles et exercent leur liberté de choix et leur pouvoir discriminatif en conséquence. » (Ernst, 2005, p.453). Ils se tournent vers d'autres pratiques médicales pour favoriser leur retour à la santé ou pour rester en santé, selon leurs choix et valeurs personnelles. En ce sens on remarque que la population générale qui a recours aux médecines complémentaires apparaît comme influencée plus par une attirance philosophique que par des « attitudes négatives envers la médecine conventionnelle ou par le désir de posséder un contrôle personnel sur sa santé. » (Ernst, 2005, p. 454)

Dans ce travail nous avons souhaité aborder l'acupuncture comme concept central en lien avec l'intérêt suscité par cette pratique. Il est vrai que cette technique est de plus en plus revendiquée et plébiscitée par les patients comme technique thérapeutique.

Selon l'Office fédéral de la Santé Suisse (2010), sur une période d'une année, 23% de la population suisse a recours à des prestations de médecine complémentaire. L'acupuncture fait partie des traitements les plus sollicités à hauteur de 5% dans des disciplines variées. Selon Klein et al (2012), en suisse ce sont les régions du centre et du pourtour du lac Léman où le recours aux médecines complémentaires est le plus important. De plus ce sont les femmes entre 25 et 64 ans, avec un haut niveau d'éducation, qui représentent 53,5% de la population, qui ont recouru à des traitements de médecine complémentaire.

Selon la définition du dictionnaire, l'acupuncture est une « méthode diagnostique et thérapeutique d'origine chinoise consistant à introduire sous la peau, en certains points, des aiguilles métalliques pleines » (Delamare, 2004, p.36).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2001) encourage et soutient la recherche dans le domaine de l'acupuncture et nous dit que l'acupuncture est une philosophie de la médecine traditionnelle chinoise, qui est une méthode diagnostique et thérapeutique. En 1989 un groupe scientifique a été formé par l'OMS afin d'approuver une nomenclature internationale type en acupuncture et de créer et publier des déclarations concernant l'acupuncture portant sur la formation de base requise, la sécurité dans la pratique clinique, les indications et contre-indications ainsi que la recherche clinique.

Concernant la formation de base l'OMS conseille et préconise que les acupuncteurs, médecins ou non médecins, possèdent une formation leur permettant de « dispenser des traitements par acupuncture sûrs et efficaces à certains patients en milieu hospitalier, ou au sein d'une équipe de soins de santé primaire dans un centre de soins ou dans la communauté.» (OMS, 2001 p7-8). Les Sages-femmes peuvent donc exercer de l'acupuncture dans leur pratique si elles sont au bénéfice d'une formation reconnue. En effet en France, selon l'article R.4127-318 du code de la santé publique : la pratique des actes d'acupuncture fait partie du champ de compétence de la sage-femme. Pour pratiquer ces soins la sage-femme doit posséder un diplôme universitaire d'acupuncture obstétricale. En Suisse la FSSF et l'OPS-MTC (2006) ont mis en place des recommandations relatives à la formation des sages-femmes dans les domaines de l'acupuncture et de la médecine chinoise. Ces principes permettent l'établissement d'une norme homogène pour la formation des sages-femmes en Suisse. Les centres de formation peuvent donc présenter et utiliser ces recommandations. Ainsi, elles aident les sages-femmes à évaluer avec objectivité les différentes offres de formations, en leur proposant des critères de comparaison ainsi que des repères lors du choix du centre d'enseignement. De nombreux établissements de formation existent dans le pays et la FSSF propose aussi des cours de formation continue d'acupuncture.

Concernant la sécurité dans la pratique clinique l'OMS (2001), considère que l'acupuncture est une procédure qui apparaît comme généralement sûre comportant peu de contre-indications ou de complications. Cependant il existe toujours un risque potentiel de transmettre une infection ou d'introduire un organisme pathogène, qu'il faut toujours prendre en compte. Pour ce faire la pratique en toute sécurité de l'acupuncture réclame beaucoup de vigilance afin de maintenir des normes importantes de propreté, de stérilisation et de techniques aseptiques. L'OMS recommande donc l'utilisation d'aiguilles d'acupuncture stériles jetables en toutes circonstances.

Concernant les effets indésirables de l'acupuncture plusieurs ont été relevés et documentés dans des recherches Chinoise. En effet selon Zhang, Shang, Gao et Ernst (2010) les événements indésirables les plus fréquents sont le pneumothorax, l'évanouissement, l'hémorragie méningée et l'infection. Ces effets indésirables sont, pour la majorité, due à une technique incorrecte et sont peu fréquents, notamment en obstétrique.

L'acupuncture est une technique thérapeutique qui s'est donc développée dans différentes approches et notamment dans l'obstétrique. Elle intervient donc aux fondements de la naissance. En obstétrique, on s'attache essentiellement à la prévention et au maintien de cet équilibre de l'énergie (QI) et du Sang (XUE), afin de ne pas mettre en péril la grossesse. Concernant la physiologie de la grossesse, Salagnac (1998) décrit qu'elle se définit comme la création d'un être nouveau par l'union du Yin et du Yang, de l'eau (l'ovule : sang de la mère) et du feu (le spermatozoïde : l'essence séminale du père). Au cours de la grossesse, il y a accumulation d'une énergie Yin dans le pelvis.

Sa mise en mouvement par un mécanisme Yang, aboutira au travail et à l'expulsion du fœtus. Le Yang va chasser le Yin, c'est-à-dire que le mouvement expulse le fœtus ou l'Énergie pousse le sang. L'accouchement est un mécanisme de descente de l'énergie vers le bas, d'où le choix judicieux tout au long de la grossesse des points, afin de ne pas induire ce mouvement. Dans ce sens durant la grossesse, l'OMS Genève (2001) considère que :

L'acupuncture peut provoquer l'accouchement et ne doit donc pas être pratiquée pendant la grossesse, à moins qu'elle ne soit nécessaire pour d'autres objectifs thérapeutiques, et dans ce cas, avec de grandes précautions. Le simple fait de faire pénétrer une aiguille par un certain mode de manipulation et en certains points peut déclencher de fortes contractions utérines et provoquer une fausse-couche. Cependant, cela peut être utile pendant la grossesse pour provoquer l'accouchement ou en réduire la durée. Traditionnellement, l'acupuncture et la moxibustion sont contre-indiquées s'ils concernent des points situés sur le bas ventre et la région lombo-sacrée pendant les trois premiers mois. Après le troisième mois, les points situés sur l'abdomen supérieur et la région lombo-sacrée, et ceux provoquant de fortes sensations

doivent être évités ainsi que les points auriculaires qui peuvent provoquer l'accouchement. (p.20).

Il existe peu de contre-indications absolues à l'acupuncture cependant la pratique de cette thérapie doit être évitée dans certaines conditions.

Nous verrons plus loin qu'elle peut être utilisée lors de la troisième phase du travail. En ce sens nous allons définir cette troisième phase du travail en abordant le concept de délivrance physiologique.

4.3 LA DELIVRANCE PHYSIOLOGIQUE

Le terme de délivrance est relié au champ disciplinaire de la médecine. La définition la caractérise comme l'« expulsion, hors des voies génitales, du placenta et des membranes de l'œuf après la sortie du fœtus. Ainsi définie, la délivrance est le troisième temps de l'accouchement; elle a donc un sens restrictif et limité. » (Office québécois de la langue française, S.d).

Le terme de physiologie appartient également au champ disciplinaire de la médecine car il s'agit d'une science qui étudie le fonctionnement et les propriétés des organes et tissus humains ainsi que chez les animaux et végétaux. Cependant, «il est sous-entendu que le terme « physiologie » désigne le fonctionnement normal des êtres vivants. » (Office québécois de la langue française, S.d). L'adjectif physiologique décrit donc un phénomène qui se déroule de façon normale, sans complications.

Selon ces définitions nous pouvons donc dire que notre concept de délivrance physiologique est directement lié à la médecine et qu'il correspond au bon déroulement de la troisième phase du travail de l'accouchement, conduisant à l'expulsion du placenta et des membranes, sans problème associé.

De plus, nous avons vu lors du concept concernant le rôle professionnel de la sage-femme que celle-ci est la plus qualifiée pour assurer et promouvoir la normalité de la naissance.

Les définitions ci-dessus sont corroborées par les différents points de vue de la littérature scientifique. Les auteurs nous apportent des compléments sur le déroulement mécanique de la délivrance :

D'après Hohlfeld et Marty (2012), la délivrance correspond à la troisième phase du travail et se caractérise par le décollement du placenta. Elle peut se faire de deux façons : Baudelocque (face fœtale en premier : éversion en doigt de gant à l'intérieur des membranes) ou Duncan (face maternelle en premier : glissement le long de la paroi, peut être asymétrique et incomplet) (p.425).

Grâce à Lansac, Marret et Oury (2006), nous pouvons préciser le déroulement de la délivrance comme étant l'expulsion du placenta et des membranes hors des voies génitales par le biais du décollement du placenta puis sa migration dans le segment inférieur et le vagin et enfin la sortie à la vulve. La

délivrance comprend la période du post-partum immédiat de deux heures car durant ce laps de temps la femme est sous surveillance pour éviter ou détecter d'éventuelles complications. Selon cet auteur la délivrance physiologique correspond à l'expulsion du placenta et des annexes fœtales grâce aux contractions utérines et aux efforts maternels. Cependant, pour que cette phase se réalise de façon réellement physiologique il faut que toutes les étapes se déroulent sans complications : le décollement du placenta, l'expulsion et l'hémostase. (p.85).

Les différents facteurs indiquant que la délivrance est considérée comme physiologique sont : la quantité des saignements, la durée d'expulsion du placenta et la contraction de l'utérus. En effet, juste après la naissance l'utérus doit être contracté au niveau de l'ombilic puis les signes de décollement et la délivrance doivent avoir lieu dans les 20 minutes. Des manœuvres seront mises en place si la délivrance n'a pas lieu dans les trente minutes (Pierre et Bertrand, 2009, p.331). Selon Fraser et Cooper (2009), nous pouvons considérer qu'une période d'une heure peut être dans les limites de la normale. Les pertes sanguines normales lors de la délivrance sont d'environ 400 à 550 cc. (Pierre et Bertrand, 2009, p.332).

Cependant, la troisième phase du travail n'est pas sans danger et peut être mortelle ou source de complications maternelles. La santé maternelle prénatale, la préparation intrapartum, les soins postnataux et les compétences de la sage-femme sont notamment des facteurs qui influent énormément sur l'issue de la situation. (Fraser et Cooper, 2009, p.531.). Ces réflexions et notre expérience personnelle nous ont appris à être attentives lors de la délivrance et à garder à l'esprit la notion du risque chez toute parturiente.

Le risque est défini selon le Bureau de normalisation du Québec (BNQ, 2010) comme une combinaison de la probabilité d'un dommage et de sa gravité (domaine droit sécurité et médecine). De même selon l'OMS (définition et évaluation des risques pour la santé) le risque est la probabilité d'une issue sanitaire défavorable ou un facteur qui augmente cette probabilité. De ce fait, dans le champ disciplinaire médical, le concept de risque est « particulièrement utilisé car l'incertitude accompagne très régulièrement l'action thérapeutique » (Carricaburu, Castra & Cohen, 2010, p.7), comme dans le cas de pratique obstétricale à l'issue non sûre.

Plusieurs complications peuvent survenir durant cette phase du travail : atonie utérine, hémorragie, rétention placentaire, inversion utérine. (Hohlfeld et Marty, 2012, p.426-430). Selon les différents auteurs l'hémorragie est classée dans les trois premières causes de décès maternel.

C'est donc en prévention de ces complications que la plupart des services de maternité ont mis en place l'utilisation de la délivrance dirigée. Celle-ci correspond à l'utilisation d'ocytociques pour raccourcir la durée de la délivrance et limiter les pertes sanguines. La technique utilisée est l'injection

de cinq unités internationales d'ocytocique en intraveineux direct lors du dégagement de l'épaule antérieure. (Pierre et Bertrand, 2009, p.337).

De plus, comme nous l'avons déjà exprimé, la troisième phase du travail est une étape importante de la naissance et à un impact sur le vécu des parents. Ce témoignage d'A.M.H, parturiente, le démontre :

Tout à l'heure. Plus tard. Il faut attendre. Attendre la délivrance. Délivrance ? De quoi, puisque mon bébé est sorti ? Le placenta. Il faut attendre qu'il se détache, spontanément. C'est lui qui décide. Ça saigne. On ne m'avait pas dit ce délai, cet écart, ce vide. Je croyais qu'en naissant l'enfant entraînait tout avec lui. Ça n'en finira donc jamais. Et mon bébé loin. Voilà, ça glisse. C'est sorti. (Bouchard, Rapoport et This, 1989, p. 14).

Le recueil de ces informations nous montre qu'il est important que la sage-femme veille au déroulement physiologique de la délivrance. La professionnelle formée en acupuncture peut alors utiliser ses compétences pour promouvoir cette physiologie et prévenir les complications potentielles. Nous détaillons donc cet aspect dans le concept suivant.

4.4 DELIVRANCE ET ACUPUNCTURE

En MTC le placenta est considéré comme le lieu d'échange entre la mère et son bébé ou encore comme une émanation de Chong Mai. Chong Mai est l'un des huit méridiens curieux. Pendant la grossesse il a un rôle majeur, en effet selon Salagnac (1998) il est « responsable de l'organisation et de la structuration de la charpente du corps, du TR des organes et des entrailles » (p.86). Pendant cette période il gouverne la nutrition de l'appareil génital par le sang ainsi que le développement du fœtus. Son rôle est aussi très important pendant l'accouchement car il aide à harmoniser le travail. Concernant le placenta Chong Mai irrigue l'utérus en énergie Rong et agit sur l'implantation de celui-ci. Les échanges se font par le cordon ombilical inséré à la limite du TR inférieur et du TR moyen sur le Ren Mai. Ainsi c'est la mère qui amène à son fœtus toute l'énergie produite au TR inférieur, le fœtus se sert donc du TR inférieur de sa mère.

Comme décrit dans le concept précédent, la délivrance se définit comme la dernière étape de l'accouchement. Elle a lieu habituellement dans les 20 minutes qui suivent l'expulsion de l'enfant. Dans le cadre de la MTC, l'accouchement correspond à une échappée de yang importante qui laisse un état de vide (vide qui pourrait être majoré en cas de pose de cathéter de péridurale sous L2, accélérant cette fuite d'énergie ancestrale). A ce moment-là le yin absolu va entraîner une nécrose in-utéro avec

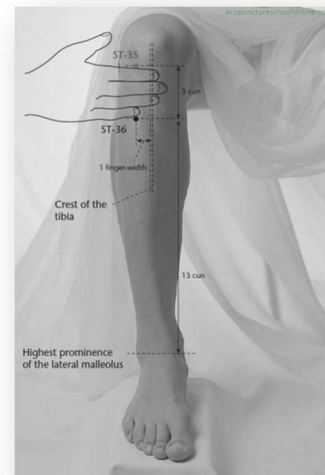
décollement du placenta qui est ensuite expulsé grâce aux contractions. Cette nouvelle phase dynamique est liée à la modification des rapports Yin/Yang au sein de l'utérus.

Dans le domaine obstétrical il est démontré que cette phase n'est pas sans risque de pathologie et est surtout synonyme d'hémorragie possible mettant en péril la vie de la parturiente et pouvant impliquer des transfusions ou autres gestes endos-utérins. La délivrance peut alors être pathologique sous différentes formes. Dans la littérature elle est décrite sous deux formes : la rétention placentaire ou l'atonie utérine. Selon Hohlfeld et Marty (2012) la rétention placentaire se décrit par l'absence de délivrance spontanée complète 30 minutes après la naissance. L'atonie utérine est une anomalie de la contraction utérine, principale cause de l'hémorragie du post-partum.

Dans cette période l'acupuncture est appliquée afin de prévenir ou de traiter toute pathologie de la délivrance. En effet quelques auteurs citent des points pour accélérer la délivrance mais en général, ce qui est plutôt décrit est une approche clinique des pathologies de la délivrance. En ce sens Salagnac (1998) décrit qu'« au moment de la délivrance, la mère a épuisé ses énergies trophiques et psychiques surtout si son enfant est gros, l'accouchement long, le placenta tarde à se décoller ; la délivrance devient pathologique à des degrés différents. »

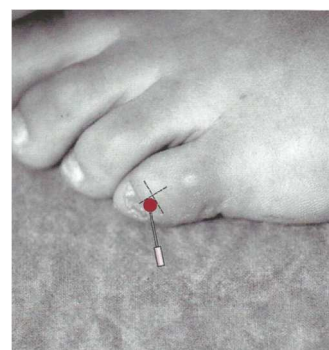
En cas d'épuisement maternel momentané Salagnac (1998) décrit trois points pour activer celle-ci : le 36 E, le 67 V et le 6 C.

Le point 36 E (ou ST-36) est situé sous le genou, en avant de la tête du péroné, à 3 *cun* (« pouce ») sous la pointe de la rotule, 1 *cun* en dehors de l'arête tibiale, sur le muscle jambier antérieur. Pour le trouver il faut placer la main horizontalement, le bord supérieur sous le bord de la rotule, le point est au bord inférieur de la main, à la verticale de l'oeil externe du genou.



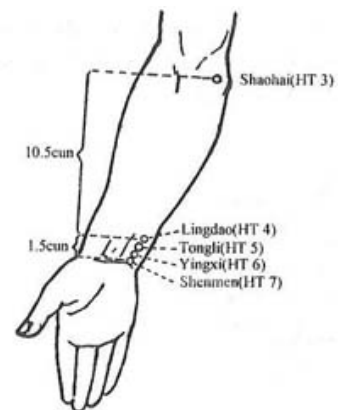
Roemer, 2005

Le point 67 V (ou BL 67) est le dernier point du méridien de la vessie. Il se situe sur le bord externe de la dernière phalange du petit orteil, à 0.1 *cun* de l'angle unguéal. Il s'agit d'un point de tonification qui, selon Roemer (2005), contrairement à ce que l'on peut lire parfois dans la littérature n'est pas contre-indiqué lors d'une grossesse normale. C'est un point de choix utilisé pour la version du fœtus mais également pour accélérer le décollement



placentaire (Illustration : Roemer, 2005).

Le point 6 C (ou HT 6) lorsque la paume de la main est orientée vers le haut, est sur la face radiale du tendon du muscle cubital antérieur, 0,5 *cun* au-dessus de la transversale du poignet. Par rapport aux autres points du méridien il est situé à 0,5 *cun* à proximité de HT-7 Shenmen, sur la ligne reliant HT-7 Shenmen au HT-4 lingdao. Son rôle est de tonifier le cœur Yin. Il est indiqué dans les pertes sanguines vaginales, l'atonie utérine ou encore l'inflammation utérine.



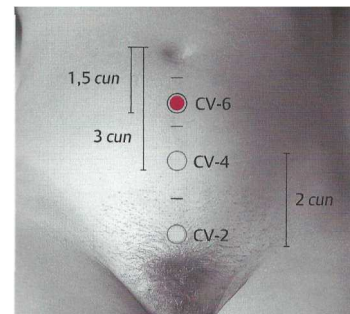
Roemer, 2005

Dans le cas de rétentions placentaires Salagnac (1998) décrit aussi deux cas différents :

En cas d'hypertonie utérine, le placenta ne se décolle pas, il est incarcerated, parce que l'utérus est spasmé. Il faut lever le spasme qui est un signe de froid : 4 GI (ou LI-4), 3 F (ou LR-3), 6 RP (ou SP-6), 60 V (ou BL-60), 14 F (ou LR-14). En cas d'atonie, le placenta ne se décolle pas, l'utérus est trop relâché chez les femmes fatiguées, les multipares. Il faut relancer l'énergie par : 36 E (ou ST-36), 4 VC (ou CV-4), 6 VC (ou CV-6), 6 RP (ou SP-6), 4 GI (ou LI-4), 34 VB (ou GB-34). p182

Rempp (2008) ajoute lui le point 4 JM pour accélérer la délivrance.

Le point 4 JM (ou CV 4) est localisé sur la ligne sagittale, deux *cun* au-dessus de la crête de la symphyse pubienne (chez les femmes enceintes: les deux cinquièmes de la distance entre le sommet de la symphyse pubienne et le nombril). Selon Roemer (2005) il s'agit d'un point indiqué lors de rétention placentaire ou de forte hémorragie du post-partum, il peut être associé au point SP-6 ou encore au point ST-29 utilisé dans les mêmes indications.

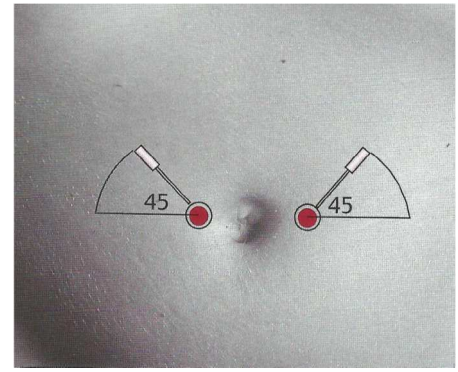


Roemer, 2005

Pour Roemer (2005) l'impact de l'acupuncture sur les problèmes de décollement placentaire est important. La procédure est simple. Le point thérapeutique le plus souvent choisi est le point KI-16.

La procédure est d'insérer l'aiguille au niveau du muscle droit de l'abdomen. Le thérapeute prend pour repère la ligne horizontale imaginaire qui traverse le nombril se décale latéralement de 0,5 *cun* du nombril et insère l'aiguille de façon oblique à 45°. L'aiguille doit toujours être localisée hors du

ombriil. Cette zone recherchée correspond au fond utérin. Les aiguilles peuvent alors être tournées afin de mieux stimuler le point d'acupuncture. Elles sont laissées en place pendant 10 à 15 minutes. Souvent les femmes faisant l'expérience de ce point disent ressentir des contractions utérines dans les secondes suivant la pose des aiguilles.



Roemer, 2005

Le traitement par acupuncture mène à un détachement naturel du placenta dans 80% des cas. Il peut également être associé à une traction légère du cordon accompagné d'une douce pression sur le fond utérin. Le traitement par acupuncture peut aussi s'ajouter à une délivrance artificielle manuelle, dans ce cas il est associé à une réduction des saignements du post-partum.

Pour Roemer (2005) poncturer le point KI-16 immédiatement après la naissance de l'enfant peut prévenir les hémorragies du post-partum et les rétentions placentaires. En ce sens il y voit une possibilité d'emploi en prophylaxie de façon individuelle après en avoir parlé avec la femme.

5 LA QUESTION DE RECHERCHE

Maintenant que nous avons défini les différents paramètres liés à notre problématique et à nos questionnements de départ nous pensons avoir pu délimiter les enjeux de notre recherche, ce qui nous a conduites à une question plus précise :

L'utilisation de l'acupuncture pour favoriser le décollement physiologique du placenta lors de la délivrance chez une parturiente à terme peut-elle être une méthode significative ?

Cependant pour être sûres de réaliser une recherche correcte et de pouvoir répondre à notre question en fin de travail nous souhaitons investiguer le terme « significative » qui est inclus dans cette interrogation. Selon le dictionnaire Larousse (2012) ce terme peut avoir deux sens : « qui exprime quelque chose nettement, sans ambiguïté » ou « qui est lourd de sens, à quoi on attribue facilement telle interprétation, qui renseigne sur quelque aspect ». Dans notre questionnement nous souhaitons mettre en avant le sens premier de ce mot, c'est-à-dire que nous cherchons à savoir si l'acupuncture est une méthode qui démontre un résultat précis. Avec ce terme nous ne voulons donc pas induire un caractère positif à notre question qui montrerait que nous attendons des bénéfices à l'utilisation de l'acupuncture. Nous souhaitons simplement faire un état des lieux de la pratique de cette thérapeutique pour voir si celle-ci montre des répercussions, que ce soit des résultats positifs, négatifs ou nuls.

Après avoir définis les différents concepts en lien avec notre problématique, ainsi que notre question de recherche, un domaine nous apparaît essentiel à prendre en considération : l'éthique. En effet toute revue de la littérature ce doit de définir son travail au regard d'un questionnement éthique afin de veiller à respecter des fondamentaux.

6 LA DIMENSION ÉTHIQUE

De nos jours la dimension éthique se base tout d'abord sur des textes officiels approuvés qui encadrent la recherche biomédicale au niveau légal. Notre travail se base donc sur ces textes légaux en vigueur. Il s'agit tout d'abord du **code de Nuremberg** élaboré en 1947 suite aux expériences faites au cours de la seconde guerre mondiale. Il se compose de 10 points qui révèlent les grands principes fondamentaux de l'éthique de la recherche.

Les principaux sont :

- le consentement volontaire et éclairé du patient
- la possibilité pour le patient de se retirer à tout moment de l'étude
- la nécessité de l'expérience clinique et sa légitimité
- l'absence de coercition
- les compétences des chercheurs dans le domaine de l'expérience sont garanties.
- Les chercheurs s'engagent à stopper l'étude en cas de mise en danger de la vie des patients.
- La protection des patients participants à l'étude contre tout dommage physique non nécessaire.

Par la suite en 1964 fut publié la **déclaration d'Helsinki** (révisée pour la 6^{ème} fois en 2008) qui rappelle la notion de consentement libre et éclairé et impose selon Hirsch (2007) « la soumission du protocole à un comité indépendant, désigné spécialement à cet effet. ». De plus selon Massé (2004) « ce texte distingue la recherche thérapeutique, visant à améliorer la santé du participant, et la recherche non thérapeutique, visant à l'avancement des connaissances et servant éventuellement à l'amélioration de la santé populationnelle, sans procurer de bénéfices sanitaires aux participants ». Ce texte rappelle également l'importance de protéger davantage les patients lors de recherches non thérapeutiques.

Et en France c'est en 1988 qu'entre en vigueur la **loi autorisant la réalisation de recherches biomédicales** selon des conditions imposées aux promoteurs et aux investigateurs des recherches. Enfin selon Hirsch (2007) « une directive 91-507 du 19 juillet 1991 indique que les essais doivent être menés en respectant les bonnes pratiques cliniques et selon les principes éthiques prévus par la version en vigueur de la déclaration d'Helsinki ».

Notre travail soulève un questionnement éthique considérant plusieurs dimensions. Actuellement la gestion de la délivrance dans les maternités se fait sous la direction d'un protocole établi et validé par les médecins, les soignants et l'établissement de santé, comme un code de bonne pratique et basé sur l'active management de la troisième phase du travail (défini par Olapado, 2010, comme l'association de l'administration d'un utéro tonique, du clampage rapide du cordon ainsi que de sa traction contrôlée et d'un massage utérin) ou seulement de l'administration d'un utéro-tonique (délivrance dirigée). Il n'est pas soumis à un consentement ni à un choix éclairé de la part des parturientes. L'option de l'acupuncture pourrait être une technique proposée aux femmes en première intention sans écarter complètement le protocole en vigueur. Une question éthique se pose alors : connaissant l'effet positif de la prophylaxie d'ocytocine au moment de la délivrance ne pas l'utiliser par rapport à l'acupuncture serait prendre un risque de complication de la délivrance et de risque d'hémorragie ?

De plus concernant le thème de l'acupuncture nous ne retrouvons que peu d'articles basés sur des études contrôlées randomisées, ce qui diminue le niveau de preuves scientifiques sur le sujet.

Effectivement, actuellement la pratique médicale se réfère aux résultats de L'EBM. Il s'agit d'une technique qui a énormément amélioré la qualité des preuves scientifiques pouvant guider la pratique soignante. L'EBM se base essentiellement sur l'essai clinique contrôlé randomisé, considéré comme le « gold standard » méthodologique de l'évaluation scientifique en épidémiologie clinique. La médecine factuelle a déjà eu un effet profond tant sur l'enseignement médical que sur la pratique et trouve ses avantages notamment dans la définition de la valeur d'interventions médicales en terme de preuve empirique et d'essais cliniques.

Selon Tonelli, 1998, le concept de médecine factuelle a été largement adopté par la médecine occidentale. Les partisans de l'EBM ont soutenu que les médecines complémentaires devaient être soumises aux essais cliniques rigoureux, contrôlés pour évaluer leur efficacité. Cependant, l'EBM ne permet parfois pas d'apprécier de façon optimale la pertinence des techniques de soins difficilement quantifiables qui sont obscurcies par la randomisation et la dévaluation des différences intangibles entre les individus.

Selon Kotaska, 2004, la randomisation homogénéise les populations de contrôle afin d'éviter le biais créé par les différences entre les deux groupes de personnes. Or pour certaines techniques comme la médecine chinoise, la différence entre les individus est un élément essentiel car le traitement s'adapte aux spécificités de chaque femme et ne peut donc pas être homogénéisé. Cette particularité augmente les biais dans les ECR traitant de l'acupuncture. La standardisation s'avère donc très difficile dans l'étude de la pratique de l'acupuncture.

De plus les ECR, font également une homogénéisation des interventions, or comme expliqué plus haut en acupuncture les points utilisés pour un même traitement de symptôme ne sont pas les même en fonction des femmes se qui complexifie l'étude et peut induire de nouveaux biais.

D'un autre côté, la Médecine Traditionnelle Chinoise regroupe un ensemble de pratiques dont l'acupuncture fait partie et afin de l'étudier il est essentiel de prendre en considération tout l'environnement. L'acupuncture en Chine est le plus souvent utilisée en association avec des pratiques tels que des massages énergétiques, l'utilisation de la pharmacopée chinoise ou encore des styles de vie intégrant les principes de la médecine traditionnelle chinoise. Il serait donc indispensable lors des recherches de prendre en compte les dimensions de l'être humain comme le mode de vie, l'alimentation, l'ethnie afin de ne pas introduire de biais lors de l'interprétation des résultats entre les études menées en Occident ou en Chine. Car trop souvent, pour cette raison, les études menées en Occident ont de la difficulté à prouver l'efficacité de l'acupuncture.

C'est pour toutes ces raisons que nous pensons qu'il est important de prendre en compte cette dimension éthique tout au long de notre travail. Ces différents aspects sont effectivement essentiels au vue de la complexité de notre sujet.

7 L'APPROCHE METHODOLOGIQUE

7.1 APPROCHE METHODOLOGIQUE RETENUE

Pour construire notre revue de littérature nous avons décidé de varier les types d'études à notre disposition. C'est-à-dire que nous ne souhaitons pas mettre de limites et utiliserons toutes les études, qu'elles soient qualitatives ou quantitatives. En effet ces deux approches nous apparaissent comme complémentaires et indispensables compte tenu de notre sujet relatif à l'acupuncture pour lequel les recherches d'études randomisées sont difficiles à mettre en œuvre. Ce choix va donc nous permettre d'obtenir le maximum de données probantes en lien avec notre sujet et donc améliorer la qualité de notre revue de littérature.

7.2 POPULATION CIBLE

La population cible que nous avons choisi pour notre travail est peu sélective, permettant ainsi d'obtenir plus d'articles en lien avec notre question de recherche. En effet le thème étant peu traité à travers la littérature scientifique il nous est apparu indispensable d'élargir notre population afin d'obtenir une plus grande quantité de données probantes sur le sujet. Notre population cible concerne donc des parturientes primipares ou multipares, à terme (37-42 SA) avec ou sans analgésie pendant le travail et de tous âges et milieux sociaux confondus.

7.3 ISSUES

Les objectifs principaux de notre revue de littérature sont d'explorer et de regrouper des données probantes sur l'utilisation de l'acupuncture lors de la délivrance afin de faire un état des lieux des pratiques et d'en connaître les effets et conséquences. Ainsi nous espérons pouvoir répondre à notre question de recherche avec des résultats fiables et expérimentés sur le terrain pour enrichir la profession sage-femme.

7.4 INTERVENTIONS

L'intervention en lien avec notre recherche est l'utilisation de l'acupuncture. En revanche les comparateurs peuvent varier afin d'explorer toutes les pistes et d'avoir une recherche plus large (ocytocine, expectative, médecines alternatives, méthergine...).

7.5 MODALITES DU RECUEIL DE DONNEE

Notre travail, sur la base de la question de recherche énoncée plus haut, est réalisé avec de nombreuses références à l'evidence based medicine (EBM). L'EBM est une méthode contemporaine très apprécié et exploité dans la pratique professionnelle. Selon Sackett et al. (1996) : « L'Evidence-Based

Medicine" (EBM ou médecine factuelle) se définit donc comme l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données (preuves) actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient. ». Ces preuves proviennent d'études cliniques systématiques, telles que des essais contrôlés randomisés, des méta-analyses, éventuellement des études transversales ou de suivi bien construites. Concernant la pratique sage-femme faire référence à l'EBM permet de renforcer son identité professionnelle mais aussi et surtout d'augmenter la légitimité et la crédibilité de la profession permettant une argumentation spécifique, le développement de bonnes pratiques et la remise en question de pratiques délétères. Tout cela dans le but d'augmenter l'autonomie de la pratique sage-femme au sein des équipes pluridisciplinaires.

7.5.1 RECHERCHE DE DESCRIPTEURS (MESH TERMS)

Sur cette base nous avons défini le cadre de nos recherches. En effet après avoir circonscrit notre sujet et affiné notre question de recherche, nous avons établi le tableau de nos lancements de recherche en lien avec les concepts développés dans le cadre de référence et les mots clés. Nous les avons listés et traduits en anglais puis nous avons identifié les « Mesh terms » en lien avec chaque mot clés. Les résultats de ce travail ont été rapportés dans un tableau récapitulatif afin de les synthétiser.

PICO	Français	Anglais	Mesh
P - Patient, Problème	Perception sage-femme Point de vue sage-femme	Midwife's perception Midwife's view	Midwifery
	Pratique sage-femme	Midwifery	Midwifery
	Sage-femme	Midwife	Midwife
I - Intervention, facteur de risque ou pronostique	Acupuncture	Acupuncture	Acupuncture Acupuncture therapy
	Obstétrique	obstetric	Delivery, Obstetric Labor, Obstetric
	Thérapies complémentaires	Complementary therapies	Complementary therapies
	Médecine complémentaire	Complementary medicine	
	Médecine alternative	Alternative medicine	
	Thérapies alternatives	Alternative therapies	
C – Comparateur	Ocytocine	Oxytocin	
	Thérapies complémentaires	Complementary therapies	Complementary therapies
O – Outcome (événement mesuré)	Rétention placentaire	Placental retention	
	Délivrance placentaire	Delivery placentaire	Delivery obstetric Labor stage, third
	Hémorragie	Hemorrhage	Post-partum hemorrhage Uterine hemorrhage
	Placenta	Placenta	Placenta Placenta diseases Placenta retained

Lors de la recherche des *MeSH terms* nous avons décidé dans un premier temps de ne pas utiliser notre population cible.

Nous avons souhaité lors de l'établissement de notre PICO que notre population soit la plus large possible afin d'avoir plus de chance de trouver des articles relatif à notre problématique. De ce fait notre population se résumait donc aux femmes. Etant donné le sujet de notre problématique sur l'obstétrique nous avons toujours trouvé des articles concernant des femmes ce qui a conforté notre décision de ne pas introduire le *MeSH* « women » à nos questions de lancement.

Par la suite, compte tenu du peu d'article publié sur notre problématique nous avons décidé d'introduire la notion de « rôle professionnel sage-femme » et c'est en ce sens qu'il se trouve introduit dans le tableau ci-dessus dans la rubrique de la population.

7.5.2 CHOIX DES BASES DE DONNÉES

Après avoir réalisé des recherches dans différentes bases de données nous en avons retenues trois qui correspondaient au mieux à notre question. Il s'agit de PubMed, ScienceDirect et AcuDoc2.

PubMed est un système de recherche informatisée du Web développé par le National Center for Biotechnology Information (NCBI) de la National Library of Medicine. Il fait partie du vaste système de recherche informatisée du NCBI connu sous le nom **Entrez**. C'est une base de données bibliographique centrée à l'origine sur la documentation en sciences biologiques, qui contient des liens vers des articles en texte intégral sur les sites des éditeurs participants ainsi que des liens vers des sites tiers tels que les bibliothèques ou les centres de séquençage.

ScienceDirect est une base de données fournissant le texte intégral de 2500 périodiques académiques et 11000 ouvrages publiés par Elsevier. Elle couvre les domaines de la médecine et des soins infirmiers, et nous a permis de trouver des articles et de les obtenir directement en version PDF ce qui a énormément facilité nos recherches.

Et enfin AcuDoc2 est la plus grande base de données occidentale en acupuncture, elle traite des domaines de l'Acupuncture et de la médecine traditionnelle chinoise et nous a permis de trouver deux études randomisées portant sur notre question de recherche.

Nous avons bien sûr réalisé des recherches dans d'autres base de données (MIDIRS, CINHALL, PSYCHINFO...) mais ce sont dans ces trois-là que nous avons trouvé les articles les plus pertinents. Par ailleurs nous avons retrouvé à plusieurs reprises des études intéressantes dans des bases de données différentes.

Nous avons lancé différentes recherches sur ces bases de données, nous allons vous présenter celles qui nous ont permis de trouver nos articles retenus pour l'analyse critique.

7.5.3 LANCEMENT DE RECHERCHE

❖ PubMed

Nous avons choisi de commencer par des recherches assez larges afin de voir s'il y avait des articles existants sur notre sujet sur cette base de données. C'est-à-dire que nous avons utilisés plusieurs descripteurs en liens avec notre sujet et que nous les avons liés avec l'opérateur booléen OR pour tenter de faire ressortir des résultats contenant à chaque fois au moins un de ces termes. Puis nous avons additionné ces termes généraux avec l'acupuncture (grâce à l'opérateur booléen AND) afin de réaliser une sélection qui concerne forcément cette pratique. Nous n'avons mis aucune limite pour voir toute la sélection possible qui ressortirait.

- 1) (acupuncture OR acupuncture therapy) AND (obstetric OR midwifery) → 199 résultats.

Cette liste était trop grande pour pouvoir l'investiguer efficacement. Notre thème concernant l'utilisation de l'acupuncture lors de la délivrance du placenta nous avons pensé lancer une recherche en spécifiant les termes liés à l'acupuncture et à la délivrance. Pour cela nous avons utilisé les *MeSH terms* figurant dans le tableau récapitulatif.

- 2) ("Acupuncture"[Mesh] OR "Acupuncture Therapy"[Mesh]) AND ("Delivery, Obstetric"[Mesh] OR "Midwifery"[Mesh]) → 186 résultats.

Notre raisonnement n'a donc pas vraiment permis d'affiner notre recherche. Nous avons alors tenté un nouveau lancement en réduisant les champs de la recherche.

- 3) ("Acupuncture Therapy"[Mesh]) AND ("Midwifery"[Mesh]) → 36 résultats

Nous avons donc gardé ce lancement qui montrait un nombre d'articles exploitable et avons trouvé un article pertinent par rapport à notre sujet : Münstedt, K., Brenken, A. & Kalder, M. (2009). Clinical indications and perceived effectiveness of complementary and alternative medicine in departments of obstetrics in Germany: A questionnaire study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 146, 50-54.

❖ ScienceDirect :

Lors des recherches sur cette base de données nous avons inclus la notion de médecines complémentaires pour élargir les résultats possibles. Nous avons également ajouté le terme midwife afin d'essayer de trouver des études basées sur les professionnels sages-femmes véritablement. Nous avons donc commencé par une recherche large.

- 1) (acupuncture OR complementary therapies) AND (placenta OR obstetric OR midwife OR placenta retained OR placenta disease) → 3801 articles.

Pour tenter d'affiner cette recherche nous avons donc décidé de recentrer plus précisément les termes utilisés, pour essayer d'avoir un nombre moins importants de résultats.

- 2) (acupuncture AND complementary therapies) AND (midwifery AND obstetric) → 122.

Nous avons alors instauré des limites d'exclusion pour voir si nous pouvions affiner la recherche: book et les sujets concernant « pregnancy, caesarian section ».

- 3) (acupuncture AND complementary therapies) AND (midwifery AND obstetric). Avec les limites → 95 articles.

Nous avons choisi de garder cette dernière sélection et de l'explorer, malgré ce nombre d'articles qui peut être un peu grand, parce-que nous ne voulons pas risquer de trop cibler la recherche et donc de perdre des études importantes. Ayant déjà réduit la recherche avec les descripteurs utilisés nous craignons en effet de trop restreindre les résultats. Nous avons pu trouver un article intéressant grâce à cette sélection : Martensson, L., Kvist, L.J. & Hermansson, E. (2009). A national survey of how acupuncture is currently used in midwifery care at Swedish maternity units. *Midwifery* 27: 87-92 (article trouvé aussi sur la recherche PubMed énoncée précédemment).

Nous avons ensuite effectué d'autres recherches sur Science Direct. A ce terme de la recherche nous n'avions malheureusement que peu d'articles exploitables pour ce travail, nous avons donc souhaité réaliser un lancement plus large pour tenter d'investiguer toutes les pistes relatives à la pratique sage-femme concernant l'utilisation de l'acupuncture :

- 1) midwifery AND (complementary therapies OR acupuncture) → 2066 résultats.

La recherche était donc trop large. Nous avons souhaité réduire le champ d'investigation au professionnel et non à la pratique sage-femme entière, mais aussi à l'acupuncture seule :

- 2) midwife AND acupuncture → 748 résultats.

Pour tenter de diminuer le nombre d'articles trouvés nous avons pensé introduire de nouveaux termes pour aborder le point de vue des sages-femmes par rapport à l'utilisation de l'acupuncture, mais aussi la notion de maternité pour capter tout article en lien avec les femmes enceintes ou parturientes.

3) (midwife AND perception) AND (acupuncture AND maternity) → 118 résultats

Nous avons donc gardé cette dernière recherche car le nombre d'articles était exploitable et que nous n'arrivions pas à restreindre la recherche. Par exemple nous ne pouvions pas instaurer de limites ou d'exclusion car cela aurait trop réduit notre recherche avec un risque de perdre des données intéressantes. Article trouvé: Williams, J. & Mitchell, M. (2007). Midwifery managers' views about the use of complementary therapies in the maternity services. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 13, 129-135.

❖ Cochrane Library :

Nous avons également effectué des recherches sur le site de la Cochrane Library qui prend en compte les domaines de la médecine (plus de 40 spécialités médicales), de la santé et de l'EBM. Ce site comprend plusieurs bases de données permettant de regrouper des revues systématiques mais aussi un registre contenant les références de toutes les études en cours dont le titre a été déposé sur des sujets précis (The Cochrane Central Register of Controlled Trials). Nos recherches sur ce site nous ont donné accès au protocole d'une prochaine revue de littérature à paraître sur « Les interventions non pharmacologiques et non chirurgicales de prise en charge de la rétention placentaire ». Nous avons fait le choix de ne pas inclure ce protocole de revue de littérature en tant que tel dans notre travail mais nous avons analysé les études présentées ainsi que la bibliographie. Par cette démarche nous avons retrouvé deux articles déjà identifiés dans nos recherches préalables. Cela a cependant confirmé la pertinence de nos articles sélectionnés sur le sujet. Sur le registre contenant les références de toutes les études en cours nous avons également identifié le titre d'une prochaine publication intéressante pour notre sujet qui se nomme « Acupuncture or moxibustion for reducing blood loss in the third stage of labour ». Nous avons donc été attentives au cours du travail à sa parution et nous l'intégrerons lors de notre soutenance orale si celui-ci est paru dans ce laps de temps. Une fois de plus cela montre l'intérêt pour la communauté scientifique que suscite notre sujet de revue de littérature et son ancrage dans l'actualité.

❖ Acudoc 2 ECR:

Il s'agit de la plus importante base de données occidentale spécialisée en Acupuncture et Médecine Traditionnelle Chinoise. Elle permet une consultation en ligne et regroupe des périodiques spécialisés en acupuncture et MTC (publiant régulièrement des articles d'acupuncture), des articles de périodiques "extérieurs" (ne publiant qu'occasionnellement des articles d'acupuncture) et des thèses et mémoires.

Dans cette base de données les recherches peuvent se faire à partir de thématique, du nom d'auteur, de mots du titre d'article ou encore grâce à une recherche alliant plusieurs de ces critères. Concernant nos recherches nous avons opté pour la recherche par thème afin d'avoir des critères plus large et donc plus de chance de trouver un grand nombre d'article. Nous avons donc effectué une recherche dans le domaine « gynécologie-obstétrique ».en spécifiant « Obstétrique ». Lors de cette recherche nous avons obtenu 71 résultats et nous avons sélectionné deux articles en lien direct avec notre problématique. Il s'agit de :

- Bader, W., Ast, S. & Hatzmann, W. (2000).Die Bedeutung der Akupunktur in der Plazentarperiode. *Deutsche Zeitschrift fur Akupunktur*, 43(4), 264-268

et

- Koettnitz, F., Wübbecke, S., Krick, M., Schindler, A.E., Baltzer, J., Sauerland, C. & Köpcke, W. (1999). Akupunktur zur Plazentalösung ? Eine prospektiv randomisierte Untersuchung. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 59(11), 562-565

7.5.4 RECHERCHE DANS LA LITTÉRATURE GRISE

Nous avons également effectué des recherches sur le site de GERA (groupe d'étude et de recherche en acupuncture). Cette démarche nous a permis de trouver des mémoires de fin d'études en lien direct avec le sujet. Ainsi nous avons pu étudier leurs bibliographies mais aussi leur résultats qui, même si ils ne sont pas publiés, amènent des informations essentielles sur notre sujet. Grâce à cette littérature grise nous avons également pu prendre contact avec les auteurs afin d'obtenir leurs expériences et par leur biais d'obtenir les coordonnées de sages-femmes pratiquant l'acupuncture en Suisse.

7.5.5 RECHERCHES SUR INTERNET

Nous avons également fait des recherches à travers internet directement via un moteur de recherche tout public afin d'obtenir des données variées non professionnelles, mais pouvant compléter les informations apportées par les articles sur notre sujet. Ainsi nous avons pu obtenir des informations

sur les intérêts, les questionnements ou encore le ressenti des femmes vis-à-vis de l'utilisation de l'acupuncture durant le travail.

7.5.6 MÉTHODE DE SÉLECTION DES ARTICLES

Les articles ont été sélectionnés pour leur pertinence quant au sujet. Nous avons élaboré des critères d'inclusion et d'exclusion que nous avons rassemblés sous forme de tableau.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Articles relatifs à l'utilisation de l'acupuncture au moment de la délivrance ✓ Articles répondant clairement à notre question de recherche ✓ Articles présents dans les références bibliographiques d'autres articles ayant un lien avec nos critères d'inclusion. ✓ Qualité des articles/études et méthodologie cohérente : <ul style="list-style-type: none"> -études qualitatives traitant et approfondissant notre problématique et nos concepts. -études quantitatives comportant un niveau de preuve satisfaisant. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Article de vulgarisation, non ou mal référencés ✓ Article traitant de notre intervention mais n'ayant pas les issues spécifiques que nous étudions (ex acupuncture au cours du travail ralentissant la durée de la délivrance placentaire) ✓ Article trop général traitant de notre population cible, de notre intervention mais trop peu de notre issue primaire. ✓ Articles parus il y a plus de 20 ans

Nous avons privilégié les recherches, constatant qu'il en existait peu. Puis nous avons cherché des articles reprenant des thèmes trouvés dans ces recherches. Les résumés d'articles ont permis de faire un premier tri qui a été affiné par une lecture complète des articles retenus pour effectuer une deuxième sélection. Les articles sélectionnés comme étant les plus pertinents vis-à-vis de notre problématique sont regroupés et résumés dans le tableau ci-dessous.

<u>Méthode de recherche</u>	<u>Article sélectionné</u>	<u>Type d'étude</u>	<u>Qualité et pertinence de l'étude</u>
AcuDoc2 ECR : Obstétrique : Résultats : 71	Bader, W., Ast, S. & Hatzmann, W. (2000). Die Bedeutung der Akupunktur in der Plazentarperiode. <i>Deutsche Zeitschrift für Akupunktur</i> , 43(4), 264-268	Quantitative, essai contrôlé randomisé	Etude contrôlée randomisée portant sur l'utilisation de l'acupuncture Durant la délivrance: adéquate par rapport au sujet, données valables.
Science direct : Acupuncture AND placenta retention Résultats : 245	Chauhan, PA., Gasser, FJ. & Chauhan, AM.(1999). Clinical investigation on the use of acupuncture for treatment of placental retention. <i>Complementary Therapies in Medicine</i> , 7(4), 263	Etude rétrospective, non randomisée	Porte sur l'acupuncture comme traitement de la rétention placentaire : prouve la sûreté et l'efficacité de l'acupuncture par rapport à la délivrance artificielle.
Science direct: (acupuncture AND complementary therapies) AND (midwifery AND obstetric) Résultats: 114	Martensson, L., Kvist, LJ. & Hermansson, E. (2009). A national survey of how acupuncture is currently used in midwifery care at Swedish maternity units. <i>Midwifery</i> 27: 87-92	Article : enquête par correspondance au moyen d'un questionnaire structuré	Traite du rôle des sages-femmes vis-à-vis de l'utilisation de l'acupuncture et de ses indications dans les services de maternité. Etude à travers 50 services de maternité au sein de la Suède.
PubMed : ("Midwifery"[Mesh]) AND "Acupuncture Therapy"[Mesh]) Résultats: 36	Münstedt, K., Brenken, A. & Kalder, M. (2009). Clinical indications and perceived effectiveness of complementary and alternative medicine in departments of obstetrics in Germany: A questionnaire study. <i>European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology</i> 146, 50-54	Etude retrospective non randomisée	Etude qui explore l'utilisation et l'efficacité de l'acupuncture pendant l'accouchement. Evoque précisément le cas de la rétention placentaire.
Science direct : (midwife AND perception) AND (acupuncture AND maternity) Résultats: 118	Williams, J. & Mitchell, M. (2007). Midwifery managers' views about the use of complementary therapies in the maternity services. <i>Complementary Therapies in Clinical Practice</i> 13, 129-135	Article : Enquête nationale qualitative par questionnaire	Etude qui évalue l'utilisation des médecines complémentaires en service de maternité et le point de vue des sages-femmes
Acudoc 2 ECR: Obstétrique Résultats: 71	Koettnitz, F., Wübbecke, S., Krick, M., Schindler, A.E., Baltzer, J., Sauerland, C. & Köpcke, W. (1999). Akupunktur zur Plazentalösung ? Eine prospektiv randomisierte Untersuchung. <i>Geburtshilfe und Frauenheilkunde</i> 59(11), 562-565	Etude prospective randomisée	Etude effectuée dans plusieurs cliniques sur un total de 1000 naissance, elle examine l'efficacité de l'acupuncture dans la délivrance du placenta.

7.6 PERIODE DE LA RECHERCHE

La revue de littérature que nous avons élaborés s'est construite sur la base de plusieurs articles ou recherches permettant de répondre ou d'apporter des éléments de compréhension relatifs à notre question de recherche. Nous avons conduit cette recherche entre Novembre 2012 et Juin 2013. Cependant nous consulterons régulièrement les bases de données sélectionnées afin de pouvoir utiliser et intégrer à notre travail toute nouvelle étude ou article paraissant sur notre sujet et pouvant apporter de nouvelles données à notre revue de littérature. De cette façon nous pourrions les aborder et ouvrir une discussion lors de notre soutenance de travail de Bachelor avec les experts présents.

7.7 CONTRAINTES ET LIMITES

Les principales difficultés dans ce travail ont été la méthodologie de recherche et le choix des articles, car peu d'entre eux répondaient entièrement à nos issues primaires et secondaires. De plus la barrière de la langue et de la traduction fut importante sur le sujet.

Nous avons sélectionnés des articles en anglais et en allemand à traduire ce qui nous a posé problème, dans un premier temps, pour comprendre l'essentiel d'un article en quelques lignes et ne pas risquer de l'éliminer par incompréhension. Dans un deuxième temps, nos craintes furent de mal interpréter certains passages ou encore de ne pas comprendre certaines notions essentielles nous empêchant ainsi de les exploiter. De ce fait il est important de mettre en garde les lecteurs de notre travail sur le fait que les traductions effectuées sont personnelles et non-officielles. En conséquence, il pourrait y avoir un décalage entre ce qu'expriment les auteurs et notre traduction.

8 ANALYSE CRITIQUE DE LA REVUE DE LITTERATURE

Dans cette partie du travail nous allons analyser les 6 études ressortis de notre recherche documentaire.

8.1 CRITERES DE LECTURE CRITIQUE DES ETUDES CLINIQUES

Nous allons pouvoir apprécier la qualité méthodologique des études sélectionnées à l'aide de critères généraux à respecter pour toute étude de type quantitative et qualitative. Ces critères sont explicités dans un tableau pour les études quantitatives (élaboré à partir de Greenhalgh, 2000) [Annexe V] et sous forme de questionnaire pour les études qualitatives (élaboré à partir de British Sociology Association Medical Sociology Group, 1996) [Annexe VI]. Nous avons ensuite complété ces outils méthodologiques en fonction de chaque étude choisie [Annexes VII à XII].

Cette étape va nous permettre de pouvoir estimer si globalement les études identifiées suffisent à mettre en évidence la significativité de l'acupuncture pendant la troisième phase du travail.

La finalité de ce travail au vu du peu de publications est d'effectuer un premier état des lieux sur les recherches actuelles, d'évaluer la qualité méthodologique des études qui ont abordé cette question et d'envisager les besoins en recherche ultérieure.

8.2 PRESENTATION DES ETUDES CLINIQUES

Une revue de littérature de qualité nécessite de comparer des études de type essai clinique randomisé répondant aux critères de l'EBM. Nous avons donc réalisé nos recherches documentaires en gardant cette notion à l'esprit mais nous avons constaté, dans la littérature professionnelle, une nette carence en ce qui concerne les ECR sur le thème de l'acupuncture lors de la délivrance. Compte tenu de notre question de recherche très spécifique nous avons alors dû intégrer dans notre revue, d'une part des études présentant des faiblesses sur le plan méthodologique et d'autre part des études évaluant le rôle professionnel de la sage-femme en lien avec l'acupuncture.

Notre revue de littérature est donc composée de 6 études datant de 1999 à 2009. Ces études ont été réalisées en Allemagne pour trois d'entre elles mais aussi en Suède, en Angleterre et au Danemark.

Nous allons d'abord analyser les quatre études quantitatives :

- 1) Chauhan, PA., Gasser, FJ. & Chauhan, AM.(1999). Clinical investigation on the use of acupuncture for treatment of placental retention. *Complementary Therapies in Medicine*, 7(4), 263

- 2) Münstedt, K., Brenken, A. & Kalder, M. (2009). Clinical indications and perceived effectiveness of complementary and alternative medicine in departments of obstetrics in Germany: A questionnaire study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 146, 50-54

- 3) Koettnitz, F., Wübbecke, S., Krick, M., Schindler, A.E., Baltzer, J., Sauerland, C. & Köpcke, W. (1999). Akupunktur zur Plazentalösung ? Eine prospektiv randomisierte Untersuchung. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 59(11), 562-565

- 4) Bader, W., Ast, S. & Hatzmann, W. (2000). Die Bedeutung der Akupunktur in der Plazentarperiode. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 43(4), 264-268

Puis les deux études qualitatives :

- 5) Williams, J. & Mitchell, M. (2007). Midwifery managers' views about the use of complementary therapies in the maternity services. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 13, 129-135

- 6) Martensson, L., Kvist, L.J. & Hermansson, E. (2009). A national survey of how acupuncture is currently used in midwifery care at Swedish maternity units. *Midwifery* 27: 87-92

8.3 ANALYSE DES ETUDES CLINIQUES

8.3.1 ETUDE N°1

Chauhan, PA., Gasser, FJ. & Chauhan, AM.(1999). Clinical investigation on the use of acupuncture for treatment of placental retention. *Complementary Therapies in Medicine*, 7(4), 263

Descriptif : Il s'agit d'une étude rétrospective non randomisée, réalisée au Danemark au sein de l'hôpital de St Joseph en 1998. L'objectif posé par les chercheurs de cette étude est d'évaluer l'efficacité de l'acupuncture dans la prise en charge de la rétention placentaire. Les issues mesurées étaient le décollement du placenta suite à l'utilisation de l'acupuncture, la durée après le traitement

d'acupuncture amenant au décollement du placenta et les complications suite au traitement de l'acupuncture.

Cette étude comprend un échantillon de 75 patientes présentant une rétention placentaire à la suite d'un accouchement par voie basse à plus de 37 SA. Les femmes ont toutes une grossesse unique comprise entre 37 et 42 SA. Dans cet échantillon 55 femmes (73%) étaient entre 37 et 40 SA et 20 femmes (27%) étaient à plus de 40 SA. De plus 33 femmes (44%) étaient des nullipares et 42 femmes (56%) étaient des multipares. Les chercheurs ont exclu de l'étude les grossesses multiples et les naissances prématurées, car ils expliquent que le temps attendu et accordé pour une délivrance physiologique dans ces situations est différent.

Deux groupes ont été formés, celui d'acupuncture (groupe I) composé de 30 femmes et celui des femmes ayant reçu le traitement de délivrance artificielle par manœuvre manuelle (groupe II) constitué de 45 femmes. Pour le groupe I, le protocole d'acupuncture consistait en l'insertion bilatérale d'aiguilles stériles sur les points BL-67 (Zhiyin) et/ou CV-3 (Zhongji). Pour le groupe II six femmes ont eu une délivrance artificielle sous anesthésie locorégionale alors que 39 ont eu une anesthésie générale. Toutes les femmes (groupe I et II) ont reçues une perfusion intraveineuse de syntocinon (10 UI dans 1L de Ringer lactate) lorsque les pertes sanguines à l'accouchement étaient supérieures à 500 ml. Dans le groupe I si le décollement du placenta n'intervenait pas dans les 20 minutes suivant le début du protocole d'acupuncture celui-ci était considéré comme un échec et la femme recevait le traitement conventionnel par délivrance artificielle manuelle.

Les forces méthodologiques : Les objectifs de l'étude sont exprimés et se retrouvent dans la conclusion, à savoir, évaluer l'efficacité de l'acupuncture dans la prise en charge de la rétention placentaire.

Les critères d'inclusion et d'exclusion sont mentionnés.

Les patientes ont reçu un formulaire de consentement ainsi que des explications concernant l'étude. Les chercheurs présentent leurs résultats sous forme de tableau en fonction de leurs issues primaires, les chiffres s'additionnent et il n'y a pas eu de perdus de vue. L'intention de traiter est respectée.

Les issues primaires qui sont d'évaluer l'expulsion ou non du placenta dans les 20 minutes suivant le traitement d'acupuncture, et ce en prenant en compte l'utilisation de un ou deux points d'acupuncture, sont mentionnées et adaptées aux objectifs de l'étude.

Les chercheurs exposent la procédure d'acupuncture : utilisation d'aiguilles stériles à usage unique, point d'acupuncture traités sont le BL-67 bilatéralement avec des aiguilles enfoncée obliquement profondément et le point CV-3 inséré perpendiculairement à une profondeur de 1,0-2,0 *cun*. Les aiguilles sont manipulées jusqu'à ce que le « qi » soit détecté.

La sécurité de l'intervention a été assurée grâce à l'utilisation d'aiguilles stériles. Mais aussi à la décision de considérer le protocole d'acupuncture comme un échec, en cas de non décollement du placenta dans les 20 minutes suivant le traitement, amenant à appliquer le traitement conventionnel.

Les résultats de l'étude sont explicités et analysés, les effets de l'intervention sont mentionnés et interprétés.

Les faiblesses méthodologiques : S'agissant d'une étude rétrospective non randomisée elle est de faible niveau dans la hiérarchie des niveaux de preuves.

La taille de l'échantillon est faible poussant à émettre des réserves sur la possibilité d'arriver à des conclusions significatives. Le calcul de l'échantillon ainsi que la puissance de l'étude n'ont pas été calculés par les statisticiens. Les caractéristiques de base de l'échantillon (origine ethnique, niveau socioculturel, expérience antérieure avec l'acupuncture, déroulement de la grossesse, âge moyen des femmes) manquent de précision (grossesse unique) pour nous permettre d'identifier le contexte dans lequel cette étude a été réalisée. Le mode de recrutement n'est pas très bien explicité, en effet nous ne savons pas comment les femmes ont été sélectionnées.

Il n'y a pas de standardisation, de randomisation ni de mise en aveugle.

Les groupes ne sont pas homogènes, le groupe I d'acupuncture est moins représenté.

Le calcul de l'intervalle de confiance n'apparaît pas.

Le temps de l'intervention n'est pas spécifié en effet les chercheurs ne précisent pas la durée de mise en place des aiguilles. La formation de l'acupuncteur ainsi que son expérience n'est pas clairement détaillées.

L'étude n'a pas été approuvée par un comité d'éthique.

Les auteurs ne font pas référence à d'autres études sur le sujet et ne prennent pas non plus en compte des données contradictoires.

La satisfaction des femmes n'a pas été évaluée.

Critique générale : Si l'on considère les critères de l'EBM cette étude relève d'un faible niveau de preuve.

Dans cet article le protocole d'acupuncture est bien précisé, en effet l'origine du choix des points d'acupuncture est mentionnée et le protocole cite les points à poncturer qui sont correctement référencés. La technique d'acupuncture utilisée est décrite, en effet les auteurs explicitent la profondeur

de poncture et si les points sont poncturés de manière uni ou bilatérale. La seule chose qui manque est la durée de l'intervention.

Un manque de précision est à relever également concernant l'état de santé des patientes sélectionnées en effet il n'y a aucune précision sur le déroulement de leur grossesse et sur la présence potentielle chez certaines d'entre elles de maladies préexistantes à la grossesse, ou de pathologies imputable à celle-ci.

Comme évoqué plus haut dans la pratique de l'acupuncture la formation et l'expérience de l'acupuncteur est essentiel or dans cette recherche nous avons que peu de données sur ce sujet.

Dans le choix de la population les auteurs ont pris en compte des femmes multipares et nullipares cela peut constituer un intérêt pour la généralisation des résultats de l'étude. Mais cela peut aussi apporter un biais dans l'étude étant donné que la littérature identifie une différence dans les risques de pathologie du décollement placentaire entre les multipares et les nullipares. De plus nous n'avons que peu de donnée concernant les accouchements (durée, utilisation d'utérotonique pendant le travail, péridurale) pouvant avoir une influence sur la troisième phase du travail.

Résultats : Dans les résultats de l'étude les chercheurs expose que dans le groupe I 83% des femmes délivre leur placenta dans les 20 minutes après la thérapie d'acupuncture. Dans ce groupe 5 femmes soit 17% sont considéré en « échec de thérapie d'acupuncture » dont 13,3% présentent un placenta accreta. Les complications sont de l'ordre de 20% dans le groupe I alors qu'elles sont de 57,8% dans le groupe II.

Dans le groupe I les chercheurs exposent également sous forme de tableau les résultats en terme de temps en fonction des points de poncture utilisés.

Les auteurs ont conclu que l'acupuncture est une méthode efficace, simple et sûre dans le traitement de la rétention placentaire. Tout en reconnaissant la nécessité de mener une étude multicentrique randomisée avec une population plus importante afin de pouvoir prouver l'efficacité de l'acupuncture dans le traitement de la rétention placentaire.

Les résultats de cette étude rétrospective méritent toute notre attention. Ils doivent cependant être modérés en raison des biais identifiés et de ses imperfections sur le plan méthodologique. Mais aussi en raison du fait que ce type d'étude se situe relativement bas dans la hiérarchie des niveaux de preuves. Cependant il apporte des preuves sur l'efficacité de l'acupuncture dans la gestion des pathologies de la délivrance dont fait partie la rétention placentaire.

8.3.2 ETUDE N°2

Münstedt, K., Brenken, A. & Kalder, M. (2009). Clinical indications and perceived effectiveness of complementary and alternative medicine in departments of obstetrics in Germany: A questionnaire study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 146, 50-54

Descriptif : Cet article présente une étude rétrospective non randomisée sur un échantillon de 187 départements d'obstétrique en Allemagne (Rhénanie du nord-Westphalie). Cette étude a pour objectif d'explorer les indications médicales pour administrer les médecines complémentaires (MC) en obstétrique afin de découvrir s'il est justifié d'utiliser ces médecines en Allemagne. Pour cela les chercheurs ont envoyé des questionnaires aux responsables de ces 187 départements d'obstétrique.

Forces méthodologiques : Les objectifs de l'étude sont définis clairement puis sont pris en compte tout au long du processus et se retrouvent dans les conclusions.

L'étude a été approuvée par un comité d'éthique, avec un consentement écrit.

La collecte des questionnaires est déterminée dans le temps, elle a duré trois mois. Ces questionnaires permettent de répondre à des questions ouvertes et fermées et il y a un item spécifique pour les commentaires supplémentaires. Tous les questionnaires reçus à la date limite indiquée ont été utilisés dans la recherche. Les départements n'ayant pas répondu ont eu un rappel téléphonique, les chercheurs ont donc essayé d'éviter le biais des perdus de vue.

Les caractéristiques démographiques des hôpitaux et la formation des praticiens sont évaluées.

Les méthodes statistiques sont explicitées, les chercheurs présentent leurs résultats sous forme de tableau en fonction de leurs issues primaires et les chiffres s'additionnent.

Les auteurs font référence à plusieurs reprises à d'autres études concernant le sujet et comparent leurs propres résultats aux résultats de ces études. Les sources bibliographiques sont citées.

Ils énoncent les limites perçues de leur étude.

Les résultats de l'étude sont explicités, analysés et récapitulés dans la conclusion.

Faiblesses méthodologiques : La taille de l'échantillon n'est pas calculée. Les auteurs n'expliquent pas pourquoi cette région d'Allemagne a été choisie en particulier. Pas de randomisation.

Il n'y a aucune preuve que l'étude ait été expliquée aux participants ni qu'ils aient donné leur consentement.

Nous ne savons pas par quel moyen les questionnaires ont été envoyés (voie postale, internet) ni comment ils ont été récupérés. Nous ignorons aussi s'ils étaient remplis et reçus de façon anonyme ou non. Ce questionnaire a été testé par dix membres des départements des chercheurs mais n'a pas été validé par un comité spécifique.

Il n'y a pas de standardisation des interventions : trois thérapies utilisées, hôpitaux différents, praticiens variés sans enseignement commun préalable. La qualité de l'intervention n'a pas été respectée : il y a eu des praticiens non qualifiés qui ont dispensé les MC.

L'analyse n'est quasiment pas explicitée (à part les logiciels statistiques utilisés).

Au niveau des tableaux numériques il n'y a pas de calcul du risque relatif, de l'indice de confiance ou de la valeur p. Il n'y a qu'un seul résultat global (évoqué ci-après) où la valeur p a été calculée.

Les données socio-culturelles des patientes bénéficiant des MC ne sont pas prises en compte.

Pas d'informations sur la recherche scientifique réalisée, comme par exemple les bases de données utilisées.

La satisfaction des personnes interrogées ou des patientes bénéficiant des MC lors de cette étude n'est pas évaluée.

Critique générale : Cette étude étant une étude rétrospective non randomisée elle a un faible niveau de preuve (niveau 4). Il faut donc utiliser ses résultats en analysant précisément leur signification.

Il y a eu une bonne participation des départements car il y a eu un retour de 138 questionnaires, soit 73,4% de réponses. Cela montre l'implication des praticiens et des départements dans l'utilisation des médecines complémentaires en service de maternité, et donne de la fiabilité aux résultats de l'étude.

Lors de la discussion il y a un récapitulatif du contexte et des connaissances actuelles concernant les MC, ce qui permet de faire des liens avec leurs objectifs et résultats.

Nous trouvons très dommageable dans cette étude que les protocoles d'administration des trois thérapies ne soient pas explicités.

Résultats : L'étude utilise les données récoltées pour évaluer les indications d'utilisation des trois thérapies. Concernant l'acupuncture les chercheurs prouvent que cette pratique a été utilisée dans tous les départements ayant répondu aux questionnaires. Ils précisent que l'acupuncture a été utilisée tant en prophylaxie que lors de situations problématiques et que ce sont les sages-femmes seules qui dispensent cette thérapie dans 66,6% des cas. Nous pouvons notamment voir dans le tableau 2 que l'acupuncture a été utilisée pour 21,1% des parturientes lors de rétention placentaires et que les praticiens croyaient en l'efficacité de cette méthode lors de son utilisation (valeur : 3,3).

L'étude montre une relation significative entre l'efficacité perçue de la méthode de MC par les praticiens et la proportion de patients le recevant. Les calculs suivants démontrent cette relation : $p = 0,007$, donc très significatif ; Et coefficient de corrélation, $r = 0,608$, donc montre une corrélation entre ces deux variables (mais pas une forte corrélation).

Cependant, l'étude montre aussi que l'acupuncture a été responsable d'effets secondaires lors de cette étude. Il y eu des effets secondaires observés dans 16 des 138 hôpitaux participants (11,6%), dont 13 incidents dus à l'acupuncture. Ces incidents ont provoqué des problèmes cardiovasculaires.

A l'aide de ces résultats et de données issues d'autres études les auteurs concluent qu'il y a peu de preuves de bénéfices concernant l'utilisation des méthodes des MC en service d'obstétrique et qu'au vu des effets possibles et des incertitudes il faut les étudier plus précisément.

Concernant les raisons pour utiliser les médecines complémentaires deux éléments principaux ressortent : cela est dû à la croyance des sages-femmes en leur efficacité (première cause) mais aussi à la demande des patientes (deuxième cause).

Les auteurs stipulent que leurs résultats ne sont applicables qu'en Allemagne (et même que dans une partie de l'Allemagne) et que des études similaires devraient être conduites dans d'autres pays. Nous pensons malgré tout que ces résultats peuvent être utiles car ils peuvent soutenir la nécessité de réaliser d'autres études mais aussi parce-qu' ils montrent la pratique des MC, et notamment de l'acupuncture, en Allemagne.

8.3.3 ETUDE N°3

Koettnitz, F., Wübbecke, S., Krick, M., Schindler, A.E., Baltzer, J., Sauerland, C. & Köpcke, W. (1999). Akupunktur zur Plazentalösung ? Eine prospektiv randomisierte Untersuchung. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 59(11), 562-565

Descriptif: Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé sous la forme d'une étude prospective, réalisé en Allemagne au sein de 8 hôpitaux différents. Cette étude s'est déroulée entre le 9 Juin 1995 et le 19 Mars 1996. L'objectif posé par les auteurs est clairement énoncé au début de l'étude, il s'agit pour eux de savoir s'il existe des preuves scientifiques que l'acupuncture peut accélérer le décollement placentaire après l'accouchement. Les issues mesurées étaient nombreuses et différentes selon les hôpitaux car chacun avaient un protocole établis pour la prise en charge de la délivrance physiologique. Ainsi les auteurs ont évalués l'utilisation de l'acupuncture mais également celle de l'ocytocine, de la méthergine ou encore une attitude expectative en lien ou non avec une utilisation de l'acupuncture. L'échantillon se compose de 836 naissances sélectionnées dès l'entrée des participantes en salle de travail. Celles-ci ont reçu une information sur l'étude et ont données leur consentement.

L'échantillon à ensuite était séparé en deux groupes l'un recevant un traitement d'acupuncture en postpartum immédiat et l'autre non, considéré comme le groupe témoin.

Les forces méthodologiques: Concernant cette étude les objectifs sont clairement exprimés par les chercheurs dès le début de l'article et se retrouvent dans la conclusion de celui-ci.

Les participantes sont informés des buts de l'étude avant leur sélection et donne leur consentement.

La taille de l'échantillon est clairement exprimée après la randomisation, le nombre conséquent de participantes augmente la significativité de celui-ci. Le fait de connaître le nombre de participants dans chaque groupe et que celui-ci soit équitable donne de la crédibilité et de la valeur à l'échantillon. Les participants exclus de l'étude l'ont été pour des motifs compréhensibles, même si ceux-ci aurait pu être décrit plus précisément (nombre de participants exclus pour chaque motif détaillé).

L'intervention de l'étude a été standardisée par les chercheurs. En effet la technique d'acupuncture employée est la même (mêmes aiguilles, même point utilisé) dans tous les hôpitaux de l'étude. Ainsi la qualité de l'intervention a donc été assurée.

Toutes les observations faites par les chercheurs ont été répertoriées dans deux tableaux. Le premier expose toutes les observations faites non mise en lien avec l'acupuncture. Alors que le deuxième tableau recense les observations en fonction des deux groupes établis lors de la randomisation.

La randomisation a été effectuée après l'arrivée en salle de travail de la parturiente.

Concernant les références les auteurs prennent en compte d'autres études sur le même sujet et confrontent les données avec celles obtenues au cours de la recherche.

Ils évoquent également des recherches ayant amenées des conclusions différentes et réalise une critique des résultats présentés. Il y a donc prise en compte de données contradictoires et les sources bibliographiques sont citées.

Les auteurs exposent clairement les résultats de leur recherche et les discutent en se référant à d'autres études parues sur le même sujet.

Les faiblesses méthodologiques: L'auteur principal de l'étude est médecin cependant nous ne connaissons pas les titres des autres auteurs de la recherche. Ainsi il n'est donc pas possible d'exclure un possible conflit d'intérêt.

Concernant l'échantillon, le calcul n'est pas explicité et les cas exclus sont peu détaillés. En effet on sait que les auteurs on exclut les protocoles incomplets (mais on n'a pas de détails sur les éléments manquants), des situations complexes du post-partum nécessitant une intervention immédiate, ou encore les césariennes.

Les caractéristiques de l'échantillon ne sont pas explicités clairement, en effet nous n'avons pas de notions sur le stade de grossesse, le déroulement de la grossesse, l'âge des participantes ou encore leur parité. Trop peu d'éléments sont donc spécifiés.

De plus, n'ayant pas d'informations complémentaires concernant l'échantillon il n'est pas possible de vérifier si les groupes sont similaires et si les participants de l'étude correspondent à notre population.

D'un point de vue éthique nous ne savons pas si le consentement donné par les patientes est oral ou écrit et les auteurs ne mentionnent pas l'accord d'un comité d'éthique.

Les observations faites par les chercheurs autres que celles en lien avec l'acupuncture sont peu explicites et parfois difficile à comprendre.

De plus, nous n'avons aucune donnée sur le professionnel pratiquant l'intervention : formation, expérience n'y de spécification sur la durée de l'intervention.

Concernant la méthode de randomisation celle-ci n'est pas spécifiée : enveloppes, ordinateur. Si la méthode de celle-ci n'est pas fiable un biais peut apparaître dans la sélection ce qui pourra influencer les caractéristiques des groupes sélectionnés

Les chercheurs ne fournissent également aucun élément concernant une mise en aveugle.

Critique générale: La force et l'intérêt premier de cet article réside dans l'analyse des résultats que font les chercheurs et dans la comparaison qu'ils réalisent avec d'autres études. Cela amène à des conclusions différentes que celles observées dans les autres articles sélectionnés et surtout on identifie que les auteurs de cet article modifie les conclusions établies par d'autres auteurs sur leur propre article. Ils amènent donc une vision différente de l'analyse de résultats.

Cet article est également intéressant du point de vue de sa classification en regard des critères de l'EBM. En effet il apparaît à un niveau IIb ce qui est un bon niveau de preuve. Cependant il est indispensable de considérer les lacunes concernant la méthodologie de cet article. Les chercheurs n'explicitent pas les méthodes statistiques employées et la signification statistique n'est pas évaluée. Des tableaux sont présentés exposant les résultats de l'étude, cependant ils sont peu détaillés et mélange parfois des résultats avec peu de lien entre eux comme par exemple le tableau 1. Il s'agit d'un tableau qui regroupe les principales conclusions de l'étude en fonction de chacun des 8 hôpitaux comme : les patientes ayant eu une péridurale, des opiacés pendant l'accouchement, l'utilisation d'ocytocine ou de methergine pendant le post-partum, la maturation cervicale par prostine, l'âge des participantes ou encore le nombre de participante par hôpital. Autant de données misent ensemble avec peu de lien entre elles perturbant la compréhension du lecteur. Le tableau 2 présente lui les résultats du groupe acupuncture contre celui n'ayant pas reçu d'acupuncture, par rapport à la durée de la

délivrance du placenta, le nombre de naissance spontanée ou instrumentée. Dans ce tableau les chiffres s'additionnent et le lien entre les éléments est clair.

Les chercheurs présentent également en début d'article le protocole de l'étude sous la forme d'un questionnaire. Ce qui amène de la crédibilité à la méthode de récolte des données. Différents éléments sont pris en compte comme l'administration d'ocytocine en post-partum immédiat ou non, la traction du cordon ou non, et les actions à 10, 20 et 30 minutes de post-partum en fonction du groupe.

Les faiblesses identifiées au niveau de la méthodologie statistique de l'article nous obligent à considérer les résultats avec modération.

Résultats: Après l'analyse des 836 naissances, les chercheurs ont conclu qu'aucune des méthodes mentionnées dans cette étude ne conduit à une réelle accélération du décollement du placenta dans la troisième phase du travail. Et cela que ce soit par l'emploi seul de l'acupuncture ou associé à une autre thérapeutique. Les auteurs estiment que l'utilisation de l'acupuncture en obstétrique et notamment pour faciliter la délivrance devrait être plus étudiée et surtout manque d'ECR de bonne qualité méthodologique.

8.3.4 ETUDE N°4

Bader, W., Ast, S. & Hatzmann, W. (2000). Die Bedeutung der Akupunktur in der Plazentarperiode. Deutsche Zeitschrift für Akupunktur, 43(4), 264-268

Descriptif: Cet article, datant de 2000, présente une étude prospective randomisée sur un échantillon de 180 femmes. Cette étude a pour objectif d'évaluer la valeur de l'acupuncture pour réduire l'hémorragie du post-partum et la durée de la délivrance. La randomisation s'est faite sur trois groupes distincts : le groupe contrôle (sans aucune thérapie), le groupe acupuncture (qui se voit appliquer deux aiguilles au point Ni16 (ou KI-16), juste après la naissance) et le groupe ocytocine (qui reçoit trois unités internationales, UI, d'ocytocine juste après la naissance). Les issues primaires de l'étude sont la durée de la délivrance et la mesure de l'hémorragie directe et de l'hémorragie indirecte (par test sanguin de l'hémoglobine). Les issues secondaires sont la durée de l'accouchement et la durée des poussées. Suite à des critères d'élimination 20 cas ont été exclus, l'étude a donc été réalisée avec un échantillon final de 160 parturientes.

Les forces méthodologiques : Les objectifs de l'étude sont définis clairement puis sont pris en compte tout au long du processus et se retrouvent dans les conclusions.

Les critères d'exclusion sont mentionnés et les auteurs expliquent les causes d'élimination de 20 des femmes de façon précise (pas de perdus de vu).

Chaque patiente a été informée de l'étude et a donné son accord pour y participer.

L'étude précise que les procédures utilisées pour le détachement du placenta sont standardisées.

Les méthodes statistiques sont explicitées et les chiffres s'additionnent.

Les observations réalisées concernant la durée de l'accouchement, la durée des poussées, la durée de la délivrance et la mesure de l'hémorragie directe et indirecte sont valables.

Les auteurs font référence à plusieurs reprises à d'autres études concernant le sujet et comparent leurs propres résultats aux résultats de ces études. Ils prennent en compte les données contradictoires et nuancent parfois leurs résultats. Les sources bibliographiques sont citées.

Les résultats de l'étude sont explicités, analysés et récapitulés dans la conclusion.

Les faiblesses méthodologiques : Le calcul de l'échantillon n'est pas explicité et sa taille est peu importante (160 parturientes). Le fait d'avoir une taille d'échantillon faible peut faire que les résultats ne soient pas significatifs, qu'ils ne montrent pas de différence. Par ailleurs les critères d'inclusion pour la sélection de l'échantillon ne sont pas mentionnés, cela engendre des données manquantes pour le lecteur (antécédents significatifs, déroulement de la grossesse, parité, âge gestationnel) et ne nous permet pas de vérifier si les groupes sont similaires et si les patientes de l'étude correspondent à la population générale. De plus les variables socio-culturelles de ces femmes n'ont pas été prises en compte, ce qui induit un facteur confondant dans cette étude et affaiblit sa qualité méthodologique.

L'intention de traiter n'est pas énoncée, mais n'est de toute façon pas respectée car vingt femmes ont été exclues après randomisation.

Des cas ayant été exclus les groupes ne sont pas vraiment homogènes, le groupe acupuncture est moins représenté, ce qui est dommageable d'autant plus car l'échantillon de base est faible.

Il n'y a pas d'explications pouvant nous dire si le consentement des patientes était oral ou écrit. Nous ne savons donc pas si elles ont été informées des éléments importants à connaître avant d'accepter de participer et si elles ont signé ce consentement.

Nous n'avons aucune information concernant l'accord d'un éventuel comité d'éthique. De plus les auteurs ne formulent pas d'avis critique éthique sur la méthodologie de la recherche. Ils ne mettent également aucune information pouvant énoncer les limites de leur recherche.

Les tableaux rapportant les résultats des observations sont sommaires et peu détaillés. Nous aurions par exemple pu avoir des résultats en pourcentage pour la durée de la délivrance afin d'avoir une vue plus précise. La signification statistique n'est pas évaluée selon l'intervalle de confiance ou le risque relatif, ni avec la valeur p.

Nous pouvons aussi nous questionner n'ayant aucune donnée sur l'enfant (apgar, pH). Nous pensons que cela aurait pu être une issue secondaire à prendre en compte. En effet les chercheurs prennent en compte ce qui se passe pendant la naissance et notamment la durée de l'accouchement et la durée des poussées. Cela a donc un lien direct avec l'état de santé fœtal et néonatal.

Nous n'avons aucune information concernant les conditions d'observation, les techniques de soins pratiquées, ni sur les praticiens ayant réalisé les thérapeutiques. Nous pouvons donc nous questionner quant à la qualité et sécurité des interventions et sur la formation des praticiens.

Il manque aussi des données concernant la méthode de randomisation. Nous ne savons pas de quelle manière elle a été réalisée (par exemple avec des enveloppes opaques scellées).

Il n'y a pas d'évaluation de la satisfaction des patientes concernant le traitement reçu.

Critique générale : Cette étude étant un essai contrôlé randomisé à un niveau de preuve Ib, ce qui est un excellent niveau. Néanmoins à cause des différentes faiblesses méthodologiques citées ci-dessus elle perd en qualité et fiabilité des résultats.

Par ailleurs nous trouvons dommageable que les auteurs ne définissent pas au préalable (ou dans la discussion) certains paramètres pouvant éclairer leurs résultats. En effet, leur objectif étant d'évaluer l'efficacité de l'acupuncture pour réduire les hémorragies du post-partum et la durée de la délivrance il serait intéressant d'avoir des normes de base sur ces items (normes du taux d'hémoglobine, quelle mesure de saignement définit une hémorragie, durée normale de la délivrance) pour que le lecteur puisse avoir des références à comparer avec les résultats. De même avec les issues secondaires concernant la durée de l'accouchement et la durée des poussées.

Dans cet article les protocoles concernant les thérapies utilisées sont partiellement décrits au préalable. La technique d'acupuncture : l'origine du choix des points d'acupuncture est mentionnée, le type d'aiguille utilisée et le protocole cite le point à poncturer en l'illustrant d'un schéma (il manque d'autres descriptions comme la durée de pose des aiguilles, profondeur...). L'utilisation d'ocytocine est aussi décrite mais aurait pu être plus détaillée : nous savons que les patientes reçoivent trois UI d'ocytocine mais pas de quelle manière (l'intraveineuse est directe ou lente, et quelle est la dilution).

Résultats : Concernant les issues primaires, c'est-à-dire évaluer la valeur de l'acupuncture pour diminuer les hémorragies du post-partum et la durée de la délivrance, les chercheurs démontrent que cette thérapeutique n'est pas plus efficace qu'une autre méthode. En effet les résultats montrent que la durée de délivrance a été sensiblement identique dans les trois groupes. Elle a été de 12,46 minutes pour le groupe contrôle, de 11,85 minutes pour le groupe utilisant l'ocytocine et de 12,85 minutes concernant le groupe utilisant l'acupuncture. Il en est de même pour la mesure de l'hémorragie directe et indirecte car les taux étaient assez proches. Concernant la mesure du taux d'hémoglobine le groupe acupuncture était légèrement en dessous des autres groupes (0,68 contre 1,04 pour le groupe contrôle et 1,06 pour le groupe ocytocine) mais les auteurs nuancent ce résultat car la mesure de la perte de sang directe ne reflète pas cet écart.

Les résultats montrant que dans le groupe contrôle la délivrance a eu lieu en moyenne après 12 minutes et que la perte de sang a été peu importante (240 ml) les auteurs concluent en disant qu'il n'est pas nécessaire de faire appel à une thérapeutique spécifique lors d'un accouchement physiologique sans stimulation par ocytocine.

Concernant les issues secondaires (durée d'accouchement et durée des poussées actives) les résultats montrent des différences plus significatives. En effet le groupe utilisant d'acupuncture a eu la durée d'accouchement la plus longue, soit 5,41h en moyenne contre 4,74h pour le groupe contrôle et 4,46h pour le groupe ocytocine. Cela fait une différence d'environ une heure avec le groupe ocytocine, mais ce résultat est difficilement interprétable car sa signification statistique n'est pas avérée. Par contre le résultat concernant la durée des poussées est plus significatif quand on compare l'acupuncture versus le groupe contrôle puisque les chercheurs indiquent $p < 0,005$ et montrent que cette durée a été plus importante dans le groupe acupuncture : 10,96 minutes en moyenne contre 9,33 minutes dans le groupe contrôle.

Dans leur discussion les auteurs utilisent ces résultats et certaines des études citées pour démontrer que dans le groupe acupuncture les femmes ayant eu un temps de contraction de l'utérus plus long et une plus longue durée de poussée, pouvaient être à risque de subir des effets négatifs sur la délivrance et la perte de sang postnatale. Or, les résultats de l'étude concernant ces éléments n'ont pas montré de différence significative concernant le groupe acupuncture. Ils concluent donc en proposant l'utilisation de l'acupuncture au point Ni16 (KI-16) en prophylaxie lors d'accouchements longs (juste après la naissance) pour diminuer la durée de la troisième phase du travail et la quantité des saignements.

Un questionnement émerge à la lecture de ces différents résultats, et notamment ceux des issues primaires : l'échantillon était-il effectivement trop peu important pour démontrer des résultats réellement significatifs ? Nous pensons donc que ces données et résultats sont à prendre en compte au vu du niveau de preuve d'un essai contrôlé randomisé mais à utiliser avec prudence compte tenu de ce questionnement et des faiblesses méthodologiques décrites précédemment. De plus il est utile à notre

pratique car apporte des preuves concernant l'attitude expectative à préconiser lors d'accouchements faciles mais aussi concernant l'utilisation d'acupuncture lors d'accouchements longs.

8.3.5 ETUDE N°5

Williams, J. & Mitchell, M. (2007). Midwifery managers' views about the use of complementary therapies in the maternity services. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 13, 129-135

Descriptif : Cet article, datant de 2007, présente une enquête qualitative nationale qui utilise une recherche phénoménologique par questionnaires. Cette recherche a été menée dans des services de maternité publique en Angleterre (National Health Service, NHS) avec l'envoi de 211 questionnaires au total. Elle a pour but de démontrer le point de vue et les perceptions des sages-femmes concernant l'utilisation des médecines complémentaires dans les services de maternité. Pour cela les questionnaires ont été envoyés aux sages-femmes responsables des services mais aussi à d'autres catégories de sages-femmes qui montraient un intérêt pour ces médecines complémentaires (sélectionnées par les sages-femmes responsables).

Les forces méthodologiques : La position personnelle des auteurs est exposée au début de l'article quand ils décrivent l'état actuel de l'utilisation des MC et qu'ils en concluent la nécessité de réaliser une recherche de ce type.

Les objectifs de l'étude sont définis clairement puis sont pris en compte tout au long du processus et se retrouvent dans les conclusions.

Les chercheurs ont choisi de lire les données récoltées puis de les analyser et critiquer de façon séparée dans un premier temps puis ensemble par la suite. Cela permet de mettre en commun différentes visions et de partager leurs compétences professionnelles.

Lors de leur confection les questionnaires utilisés pour cette étude ont été jugés par quatre responsables d'obstétrique qui n'étaient pas inclus dans l'étude. Puis ils ont été testés avant d'être distribués aux sujets de l'étude. Cela a permis d'évaluer leur pertinence et faisabilité. Ils comportent des items avec des questions fermées mais aussi des questions ouvertes. Il y a aussi un espace additionnel à chaque question pour que la sage-femme puisse donner des explications plus complètes si elle le souhaite. Cette méthode permet de récolter un maximum de données qualitatives concernant le point de vue des professionnels.

Les résultats issus de l'analyse sont bien décrits, détaillés en fonction de chaque thème et découlent des données récoltées. Des citations directes, tirées des réponses indiquées dans les questionnaires,

sont inscrites pour appuyer l'analyse des résultats. Ils sont donc crédibles et répondent aux objectifs de l'étude.

Les faiblesses méthodologiques : L'article utilise des références issues de la littérature scientifique afin d'appuyer certains de ses propos, mais qui ne sont pas assez nombreuses.

Les chercheurs n'examinent pas leur rôle et leur influence possible sur la recherche menée.

Les caractéristiques concernant les sujets de l'étude sont peu développés et certains éléments sont manquants : évaluation des connaissances des médecines complémentaires, formation et expérience professionnelle des sages-femmes et leur rôle professionnel au sein du service. Par ailleurs il n'y a aucune preuve que la recherche ait été expliquée aux participants ni que ceux-ci aient donné leur consentement.

Le déroulement de l'enquête souffre aussi de données manquantes : date de l'étude, durée de récolte des données ainsi que la méthode pour récupérer les questionnaires remplis par les professionnels. La collecte des données n'est pas détaillée puisque nous ne savons même pas si les questionnaires étaient anonymes. Ils portent un numéro mais nous ne savons pas la méthode utilisée pour les classer afin de récolter les informations.

L'article évoque un cadre de référence utilisé pour construire le questionnaire utilisé dans l'étude mais il ne donne aucune référence concernant cet outil. Nous ne pouvons donc pas évaluer la pertinence et la fiabilité de la source utilisée.

Un total de 211 questionnaires a été distribué et il y a eu 167 réponses. Les chercheurs ont sélectionnés ceux qui contenaient des données qualitatives et qui correspondaient à trois thèmes principaux (bénéfices, contraintes et promotion des MC). Cette méthode induit donc un biais de sélection des données. De plus, nous n'avons pas d'informations concernant les 44 questionnaires qui n'ont pas été récupérés. Nous pouvons nous demander si les chercheurs les ont traités comme des perdus de vue, ce qui induit un autre biais.

A part la mise en commun des deux chercheurs et l'utilisation d'un guideline (cité dans l'article) nous n'avons pas d'éléments supplémentaires étayant la méthode d'analyse.

Concernant les résultats nous n'avons aucune preuve que les chercheurs aient mis en place des mesures pour tester leur validité.

Critique générale : Une des forces de cet article est d'avoir privilégié l'approche qualitative. En effet au vu des objectifs de l'étude et de la complexité du thème il était judicieux de choisir cette approche.

L'étude a reçu l'approbation du bureau central des comités éthiques de recherche mais aussi par les comités locaux. Par contre les auteurs ne font aucune critique éthique personnelle au sein de cet article. Nous pouvons par exemple nous interroger sur le respect de la confidentialité (comme évoqué précédemment) et concernant l'impact de l'étude sur les personnes interrogées.

Bonne standardisation du lieu car étude menée dans les services de maternité NHS d'Angleterre. Mais nous pouvons nous questionner au niveau des pratiques car la recherche concerne de nombreuses médecines complémentaires, sans explication précise de chaque thérapeutique utilisée et de ses effets.

Il y a eu une bonne participation des professionnels car il y a eu un retour de 167 questionnaires, soit 79,1% de réponses. Cela montre l'implication des sages-femmes dans l'utilisation des médecines complémentaires en service de maternité.

L'article arrive à analyser de façon descriptive les données qualitatives récoltées tout en restant concis.

Les résultats trouvés par cette recherche peuvent être profitables pour soutenir la vision des sages-femmes qui souhaitent instaurer l'utilisation des MC en service de maternité. Cette enquête est donc utile à notre pratique professionnelle.

Résultats : Les chercheurs ressortent trois thèmes principaux grâce aux questionnaires utilisés : les bénéfices des MC, les facteurs contraignants et les facteurs de promotion des MC. Chaque thème est ensuite décrit avec des sous-parties qui détaillent les résultats.

Cette étude montre qu'il y a des bénéfices à l'utilisation de ces thérapeutiques pour les femmes mais aussi pour les sages-femmes. Les points essentiels sont l'augmentation de la satisfaction des futures mères, la promotion de l'accouchement physiologique et la diminution des interventions médicales.

Les facteurs contraignants démontrés dans cet article sont le manque de ressources (personnel qualifié, service, financements), l'influence de l'organisation du service et des collègues non qualifiés en MC mais aussi le manque de littérature scientifique pour appuyer la pratique sur des preuves fiables.

Cette recherche démontre différents éléments importants pour promouvoir et intégrer les MC au sein des services de maternité. L'article met en avant la nécessité d'avoir des individus engagés et motivés au sein du service pour pallier aux avis défavorables et induire le changement des comportements. Les chercheurs s'accordent sur le fait que l'essor de ces médecines est accru par la pression des consommateurs et des sages-femmes mais reste réaliste en indiquant qu'il y a besoin d'un réseau plus large (guidelines, interdisciplinarité, soutien entre collègues).

8.3.6 ETUDE N°6

Martensson, L., Kvist, L.J. & Hermansson, E. (2009). A national survey of how acupuncture is currently used in midwifery care at Swedish maternity units. *Midwifery* 27: 87-92

Descriptif: Il s'agit d'un article, datant de 2011, présentant une enquête qualitative effectuée sous la forme d'un questionnaire envoyé par voie postale. Cette recherche a été menée dans des services de maternité en Suède, par l'envoi de 50 questionnaires au total. Le but de cette étude est de connaître les indications d'utilisation de l'acupuncture dans les soins prodigués par les sages-femmes en Suède et d'examiner les critères et les exigences utilisées pour l'achat de programmes d'éducation en acupuncture. Pour cela les questionnaires ont été envoyés aux sages-femmes cadre des services de maternité.

Les forces méthodologiques : Les auteurs expriment leur position personnelle dès le début de l'étude expliquant la nécessité de réaliser cette recherche sur les sujets choisis et avec une approche qualitative. Les objectifs de l'étude sont définis et argumentés dès le début, puis tout au long de la recherche ils permettent d'appréhender le processus jusqu'à trouver une réponse dans les conclusions.

Le questionnaire confectionné pour l'étude a d'abord été testé par sages-femmes différentes avant d'être envoyé et utilisé pour la recherche. Cette démarche a permis d'évaluer la pertinence mais aussi la faisabilité du questionnaire qui ainsi a subi quelques modifications. Dans sa version finale le questionnaire était composé de 17 items comportant des questions fermées mais également des questions ouvertes. Les auteurs ont fait le choix d'introduire un espace supplémentaire pour chaque question afin que le participant puisse compléter et apporter de nouvelles notions sur le sujet s'il le souhaite. Cette approche vise à approfondir les questions posées et à obtenir un nombre plus important de données qualitatives.

Il est important de noter que la temporalité de l'étude est bien détaillée, spécifiant les rappels envoyés aux participants.

Concernant cette recherche, selon la loi suédoise, un permis éthique n'était pas nécessaire. Les chercheurs ont cependant veillés à obtenir l'autorisation de procéder à cette étude par le directeur du département clinique. Tous les participants ont donné leur consentement éclairé, conformément à la Déclaration d'Helsinki assurant la confidentialité et la liberté à chacun de se retirer de l'étude à tout moment.

Les résultats issus de l'analyse sont longuement décrits et détaillent les thèmes abordés. Ils exposent également le nombre de questionnaires qui sont en accord avec chaque thème. De plus les chercheurs

appuient leurs résultats sur des données d'études précédentes pour confirmer leurs preuves et répondent aux objectifs de l'étude.

Les faiblesses méthodologiques : Concernant les chercheurs de cette études nous n'avons aucune information sur leur rôle professionnel et nous ne savons pas au nombre de combien ils sont. De ce fait nous ne savons pas la possible influence que peut avoir leur rôle professionnel sur la recherche menée.

Concernant la sélection des participants les auteurs ne donnent que peu de spécification et l'on regrette que les auteurs n'aient adressé les questionnaires qu'à des sages-femmes cadre. Par ailleurs il n'y a aucune preuve que la recherche ait été expliquée aux participants.

Concernant la collecte des questionnaires des données manques à la compréhension : méthode pour les récolter, anonymisation, méthode de classement et d'analyse.

Un total de 50 questionnaires a été distribué et il y a eu 45 réponses. Cependant nous n'avons pas d'informations concernant les 5 questionnaires qui n'ont pas été récupérés. Nous pouvons nous demander si les chercheurs les ont traités comme des perdus de vue, ce qui induit un biais.

Les procédures d'analyses ne sont que peu décrites en effet les auteurs n'expose qu'une seule méthode d'analyse de contenu peu précise indiquant que les informations sont organisées en catégories par thèmes et que des statistiques descriptives incluant des fréquences, des déviations standard ainsi que des pourcentages sont utilisées.

De plus on peut constater que les chercheurs n'ont pas intégré d'exemple de réponses amenées par les participants sous la forme de citation directe et qu'aucune note de terrain n'apparaît dans l'article.

Concernant les résultats nous n'avons aucune preuve que les chercheurs aient mis en place des mesures pour tester leur validité.

Critique générale: Cette étude présente une très bonne participation des professionnels avec un retour de 45 questionnaires sur 50 envoyés. Cela montre l'intérêt des sages-femmes cadre sur le sujet abordé.

De plus le choix d'une analyse qualitative fut judicieux du point de vue de la richesse des résultats récoltés. Les différents objectifs complexes de cette étude nécessitaient cette approche plus ouverte que celle proposée par une étude quantitative.

Le cadre éthique instauré dans cette étude permet d'augmenter la fiabilité et la crédibilité des résultats. En effet le consentement de chaque participant augmente la qualité d'un point de vue éthique de cet article.

De plus un autre élément essentiel est de pouvoir situer une étude dans le temps, à savoir quand la collecte des données a commencée et quand celle-ci s'est achevée. Cela apporte un cadre précis et potentialise la qualité de la méthode de recherche.

Cependant un des points primordial manquant à cette étude, est l'absence de retour concernant le vécu des personnes interrogées ainsi que leur perception par rapport à cette recherche. Dans ce sens nous pouvons nous questionner sur l'impact que l'étude a pu avoir sur les participants.

D'un autre côté cette étude est parvenue à analyser de façon descriptive les données qualitatives récoltées tout en restant concise. Ce qui la rend très utile à notre pratique professionnelle concernant l'exercice de l'acupuncture et sa formation.

Résultats: Les conclusions de cette étude sont que l'acupuncture est une thérapie très largement utilisée dans les maternités Suédoises pour de nombreuses indications obstétricales (pendant la grossesse : l'hyperémésis et l'hyperlaxité du bassin ; pendant l'accouchement : douleur, relaxation, rétention placentaire ; pendant le post-partum : douleur après l'accouchement, stase du lait pendant l'allaitement), malgré la faiblesse des preuves scientifiques de sa véritable efficacité. Ils évoquent la présence de résultats contradictoires concernant diverses études traitant d'indication de l'acupuncture en obstétrique. Et en ce sens, ils apportent également des explications concernant le manque de recherche fiables par des problèmes méthodologiques, un faible échantillon, une procédure souvent peu ou pas décrite, une mise en aveugle difficile voire impossible du fait notamment que les procédures placebo (sham) provoquent des effets et donc un biais. De ce point de vue ils jugent nécessaire de réaliser plus de recherches de nature qualitative autant que quantitative sur ce sujet afin d'en légitimer sa pratique.

Les auteurs remarquent également, un niveau de formation des professionnels de santé utilisant cette pratique, insuffisant en regard de la complexité de la thérapeutique et de ce qui pourrait être attendu pour ce type de traitement. Ils concluent donc que la thérapeutique d'acupuncture est régulièrement utilisée par les sages-femmes en Suède, or pour eux cette pratique ne devrait plus être effective jusqu'à la parution de preuves scientifiques de son efficacité.

Cette recherche est importante, elle démontre le manque et le besoin d'étude de bonne qualité sur le sujet de l'acupuncture en obstétrique afin de pouvoir légitimer cette pratique de plus en plus plébiscitée par la population. Cette étude montre également que la rétention placentaire est une des indications les plus utilisées par les sages-femmes en Suède montrant ainsi son importance. Afin d'apporter de la crédibilité à cette thérapeutique il est également primordial, comme le soulève cette étude, que les professionnels de santé l'employant et notamment les sages-femmes reçoivent une formation adéquate garantissant la qualité et la sécurité des soins.

8.4 SYNTHÈSE DES RESULTATS DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

8.4.1 ETUDES QUANTITATIVES

8.4.1.1 SYNTHÈSE METHODOLOGIQUE

a) Echantillon

Toutes les études quantitatives sélectionnées énoncent la taille de leur échantillon. Ceux-ci vont de 75 à 836 participants. Trois des études ont des échantillons trop faibles pour être significatifs, seule l'étude n°3 montre un échantillon plus intéressant.

Le calcul de la taille de l'échantillon n'est explicité dans aucune de ces études, de même que la puissance des études.

Les caractéristiques de bases de l'échantillon sont prises en compte et détaillées dans les études n°1 et n°2. A contrario dans les études n°3 et n°4 celles-ci ne sont pas bien énoncés. En effet la n°3 ne donne aucun critère d'inclusion ni d'exclusion tandis que pour l'étude n°4 il n'y a que des critères d'exclusion. Nous pouvons donc nous questionner sur le stade et le déroulement de la grossesse, l'âge des parturientes, leur parité...

Aucune des études ne donne de variables socio-culturelles sur les parturientes. Seule l'étude n°2 détaille l'échantillon en spécifiant des caractéristiques démographiques. Par exemple, nous avons pu noter qu'aucune étude ne mentionne l'ethnie des participantes. Or, dans le cadre de l'acupuncture on peut imaginer qu'une forte proportion de participantes, d'origine chinoise par exemple, pourraient amener des facteurs confondants. En effet dans leur mode vie ces femmes peuvent avoir intégré des principes de la MTC. Par ailleurs, aucun auteur ne mentionne le niveau d'étude et le revenu des femmes. Cependant, selon Klein et al. (2012) ce sont plus particulièrement les femmes d'un certain niveau socio-économique et d'un milieu urbain qui ont recours à l'acupuncture. De même, aucun auteur ne mentionne si les femmes ont déjà reçu des traitements d'acupuncture. En effet, les femmes ayant eu une expérience antérieure de traitement par acupuncture pourraient réagir différemment à cette thérapie par rapport à des femmes qui l'expérimentent pour la première fois.

b) Ethique

Une seule des études bénéficie de l'accord d'un comité d'éthique (n°2) tandis que les trois autres ne le mentionnent pas. Cependant cette étude n'a visiblement pas donné d'informations particulière aux participants et n'a pas demandé leur consentement alors que les trois autres études (n°1,3,4) les ont

informé et ont eu ce consentement. Néanmoins l'étude n°3 et n°4 ne spécifient pas si ce consentement était écrit ou oral à l'inverse de l'étude n°1 qui nous informe qu'il s'agit d'un accord écrit.

Dans un souci d'intégrité des données l'étude n°3 confronte ses résultats avec d'autres études contradictoires tandis que les autres sont moins rigoureuses dans ce domaine.

c) Randomisation

Deux de nos études présentent une randomisation (n°3 et n°4) mais aucune ne donne de renseignements sur la méthode utilisée pour cette randomisation. Par ailleurs, ces études ne respectent pas l'intention de traiter puisque des cas sont exclus après avoir été randomisés.

L'étude n°1 et n°2 ne sont pas randomisées. De plus la n°1 présente un biais de sélection car la présence du médecin acupuncteur et sa disponibilité détermine l'administration ou non de cette thérapie aux parturientes présentes en salle d'accouchement.

d) Standardisation

En ce qui concerne la standardisation du protocole d'acupuncture, nous nous sommes référés aux critères du guideline STAndards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture (STRICTA).

Nous avons pu remarquer dans nos articles que le protocole d'acupuncture n'est pas toujours bien décrit. Par exemple seulement deux études font référence au style d'acupuncture (n°3 et n°4) en décrivant la médecine traditionnelle chinoise.

Concernant la description des points utilisées les études ne sont pas similaires non plus. Seule l'étude n°4 spécifie le nombre d'aiguilles insérées lors de la thérapie (deux aiguilles). Les études n°1-3 et 4 précisent le nom et l'emplacement des points utilisés. L'article n°1 décrit la profondeur jusqu'où sont introduites les aiguilles (1,0 – 2,0 *cun*). Deux études abordent la stimulation manuelle des aiguilles (n°1 et n°3). Aucune étude ne parle du temps de pose des aiguilles. Le type d'aiguille (taille, fabricant) est mentionné par trois études (n°1-3-4).

Le régime thérapeutique n'est pas précisé dans les études. En effet il n'y a aucun détail concernant la fréquence, la durée ou le nombre des séances de traitement.

Les études n°1, n°3 et n°4 mentionnent avoir informé les parturientes.

Les détails concernant l'expérience et la formation des praticiens administrant le traitement ne sont pas abordés dans les études n°3 et 4. L'article n°2 nous apprend dans les résultats que seuls 45,6% des cliniciens étaient formés à l'acupuncture. L'étude n°1 ne précise pas si ce sont des médecins

acupuncteurs mais nous informe qu'ils ont reçu une formation rapide des points à administrer aux parturientes lors de cette recherche.

Par ailleurs l'étude n°2 donne très peu de renseignements sur le protocole global des médecines complémentaires utilisées. L'acupuncture n'est pas du tout décrite en fonction des différents critères énumérés ci-dessus.

e) Mise en aveugle

Seule l'étude n°1 permet une mise en aveugle, mais ce n'est que du simple aveugle (les sages-femmes travaillent en aveugle car ce ne sont pas elles qui poncturent). Effectivement il n'est pas possible de réaliser des études en double aveugle au vu de l'intervention testée (l'acupuncture). Cela est confirmé par Chauhan, Gasser et Chauhan (1998) qui explique que le plus grand désavantage des recherches d'acupuncture est qu'il est impossible de conduire une étude en double aveugle. En pratique un point d'acupuncture placebo peut quand même avoir un certain effet thérapeutique (p.24). Ceci est dommageable à la force méthodologique de nos études car le respect de la mise en aveugle permet d'éviter des biais d'interprétation en fonction de « l'intime conviction » des protagonistes (par exemple conviction de l'efficacité d'un traitement).

Nous disposons donc d'études ouvertes car les participants et les expérimentateurs connaissent tous les deux l'appartenance au groupe et/ou l'intervention.

8.4.1.2 SYNTHÈSE CLINIQUE

a) Acupuncture

Nous avons constaté que les études n°1 et n°4 décrivent des bénéfices quant à l'utilisation de l'acupuncture lors de la délivrance. En effet, l'article n°1 nous apprend que l'acupuncture permet une diminution du nombre de cas d'hémorragie lorsqu'elle est utilisée dans le cadre d'une rétention placentaire (tableau 3). L'étude n°4 quant à elle nous dit que l'acupuncture prophylactique lors d'accouchements longs peut être utilisée pour diminuer la perte de sang et la durée de la délivrance. Cependant le protocole d'acupuncture utilisé est différent dans ces deux recherches : l'étude n°1 poncture le point BL-67 bilatéral et/ou le CV-3 alors que l'étude n°4 poncture le point Ni 16 (KI-16). Nous notons par ailleurs que le point BL-67 est le plus employé auprès des parturientes et est le plus efficace dans les cinq premières minutes. En parallèle le point CV-3 est aussi très efficace dans cette période mais n'a été appliquée que sur trois femmes. Au vu des différents points utilisés dans ces deux études et de la non-standardisation du protocole dans l'article n°1 nous nous demandons si l'énoncé de l'efficacité de l'acupuncture pour diminuer l'hémorragie de la délivrance est généralisable. De plus ces

études comportent des échantillons de faible importance (dans le groupe acupuncture il n'y a que 30 femmes pour l'étude n°1 et 48 pour la n°4) nous pouvons donc nous questionner sur la possibilité de généraliser les résultats avec ces populations.

L'étude n°1 va plus loin dans la description de ces bénéfices liés à l'acupuncture. En effet, elle démontre que dans 83% des cas le décollement du placenta intervient avant 20 minutes de thérapeutique. Seulement 17% des femmes ne délivrent pas dans ces 20 minutes et les chercheurs identifient cela comme un échec d'acupuncture. Cependant 13,3% de ces cas sont imputables à un placenta accreta. Les chercheurs concluent donc l'étude en expliquant que l'acupuncture est une méthode simple, efficace et sûre pour le traitement de la rétention placentaire.

En revanche les études n°2 et n°3, ainsi que certains résultats de la n°4, contestent l'utilisation de l'acupuncture en obstétrique. En effet, l'article n°2 met en avant les effets secondaires possibles relatifs au traitement par acupuncture ainsi que le manque de personnel formé (seulement 45,6% des praticiens administrant des médecines complémentaires dans cette étude sont qualifiés). Leurs conclusions démontrent donc qu'il n'est pas prouvé que les méthodes de MC, et notamment l'acupuncture, soient avantageuses en service d'obstétrique en Allemagne. L'étude n°3, quant à elle, cherche à prouver l'efficacité de l'acupuncture au point Ni16 (KI-16) dans l'accélération de la phase de délivrance mais démontre que ses résultats ne sont pas significatifs. Les auteurs concluent qu'il n'y a pas de différence dans le groupe avec acupuncture et dans le groupe sans acupuncture, donc que cette thérapie n'accélère pas la délivrance. Pour sa part l'article n°4 démontre que la période de délivrance a été longue dans les trois groupes de l'étude (acupuncture, ocytocine et contrôle) tandis que la perte de sang directe et indirecte n'a pas été non plus sensiblement différente. A partir de ces résultats l'étude montre qu'après un accouchement facile (sans stimulation par ocytocine préalable) la délivrance a lieu en moyenne après 12 minutes et avec une faible perte de sang (240 ml en moyenne) et conclue qu'il faut donc privilégier une attitude expectative lors de la délivrance plutôt qu'appliquer une thérapie.

Au vu de ses résultats nous nous questionnons sur leur standardisation dans la pratique Suisse. Effectivement, les chercheurs de l'étude n°2 spécifient que leurs résultats ne sont applicables qu'en Allemagne, l'étude n°3 ne spécifie pas si les groupes avec et sans acupuncture bénéficient d'une des autres thérapies étudiées (ocytocine, méthergine, expectative) et l'article n°4 ne parle pas d'effet négatif de l'acupuncture mais plutôt de privilégier l'expectative (car les résultats sont les mêmes).

b) Recherches scientifiques

Toutes les études analysées mettent en valeur la nécessité de réaliser de nouvelles recherches scientifiques en lien avec l'acupuncture obstétricale pour apporter un niveau de preuve valable et satisfaisant permettant de légitimer l'utilisation de cette pratique. Nous pouvons voir notamment que l'étude n°1 exprime le besoin d'une étude multicentrique randomisée comportant un plus grand échantillon, afin de prouver l'efficacité de l'acupuncture dans les rétentions placentaires. De même l'article n°3 énonce aussi le manque d'étude contrôlé randomisé de bonne qualité méthodologique sur le thème de l'utilisation de l'acupuncture en obstétrique et afin de faciliter la phase de délivrance. Concernant l'étude n°2, celle-ci n'ayant des résultats spécifiques que pour l'Allemagne elle encourage les autres pays à réaliser des études du même type pour évaluer les différences de pratiques en lien avec les distinctions culturelles propre à chacun en lien avec cette thérapie. L'étude n°4 mentionne même qu'une étude prospective est en cours pour répondre rapidement à une issue découverte lors de leurs recherches et qui nécessitait un autre niveau de preuve.

c) Satisfaction des participants

Aucune de nos études n'a évalué la satisfaction des participants après la recherche. Nous sommes étonnées que les chercheurs n'aient pas trouvé pertinent de récolter ces données. En effet le thème traitant de l'acupuncture est complexe tant au niveau éthique que pratique. Il est donc important d'inclure le point de vu des praticiens mais aussi que les femmes prennent intégralement part à la décision. De plus c'est une thérapie qui peut être ressentie de façon invasive par ces parturientes car il s'agit d'aiguilles à insérer sous la peau. De ce fait il peut être intéressant d'évaluer les ressentis des patientes pour pouvoir les prendre en compte lors de traitements futurs. Lorsque l'échantillon de l'étude concerne les femmes poncturées (comme dans les études n°1-3-4) cela peut donc être important pour garantir leur compliance et évaluer les résultats du traitement. En effet si les femmes sont angoissées, ou à l'inverse persuadées de son efficacité, cela peut éventuellement influencer sur les résultats de cette thérapie.

Lorsque l'échantillon concerne les praticiens eux-mêmes ou le service d'obstétrique (comme dans l'étude n°2) il est aussi important de connaître l'impact de cette étude. Cela permet notamment d'évaluer les changements de comportements à adopter au sein de l'établissement pour améliorer la prise en charge ou à contrario préserver les attitudes positives.

8.4.2 ETUDES QUALITATIVES

8.4.2.1 SYNTHÈSE METHODOLOGIQUE

a) Echantillon

Ces deux études qualitatives énoncent la taille de leur échantillon. Ceux-ci sont de 50 et 221 questionnaires envoyés à des sages-femmes. Au vu du biais de sélection présent dans l'étude n°5 l'échantillon se réduit ensuite à 60 sages-femmes interrogées tandis que l'étude n°6 ne reçoit que 45 réponses (biais des perdus de vue). Ces échantillons sont de taille suffisante puisque le but d'une recherche qualitative est de comprendre les attitudes, comportements et sentiments d'un groupe restreint d'individus. Par contre elles ne peuvent donc pas être généralisables à une population plus large.

Les caractéristiques de bases des échantillons ne sont pas bien décrites et des informations manquent. Dans l'étude n°5 les sages-femmes interrogées présentent des connaissances sur les MC mais les chercheurs ne fournissent pas de précision sur leur formation par rapport à la thérapeutique, leur rôle, années d'expériences. Le terme « connaissance » n'est pas explicité. De plus les MC ne sont pas détaillées, il n'y a pas de notion concernant leur utilisation, administration ou leurs effets spécifiques. Dans l'étude n°6 nous avons peu de notions concernant les sages-femmes, à part de leur statut de cadre de service. Par exemple nous ignorons l'état de leurs connaissances, formation et intérêt concernant l'acupuncture.

b) Ethique

Les deux études ont été validées avant leur mise en œuvre mais pas de la même façon. L'article n°5 mentionne l'accord donné par un comité central d'éthique ainsi que par des comités locaux. L'étude n°6 nous informe que la loi suédoise ne les oblige pas à avoir un permis éthique pour la réalisation de la recherche mais qu'ils ont eu une autorisation délivrée par un directeur clinique.

Les sages-femmes de l'étude n°6 ont donné leur consentement éclairé pour participer à la recherche.

La confidentialité n'est pas détaillée dans ces deux articles. En effet nous n'avons pas d'informations concernant les méthodes utilisées pour garantir cet aspect de l'étude : nous ignorons par exemple si les questionnaires sont anonymes ou la façon dont ils ont été retournés aux chercheurs.

L'impact de la recherche sur les personnes interrogées n'est étudié dans aucun de nos articles et les auteurs n'ont pas demandé les ressentis des participants. Par contre elles évaluent les conséquences de leurs recherches sur les établissements de santé et les changements de comportement à effectuer: l'étude n°6 nous dit que les sages-femmes devraient être formées plus spécifiquement à l'acupuncture

tandis que l'étude n°5 énonce le besoin de promouvoir les MC (au vu de leurs bénéfiques) notamment à l'aide d'un comité de développement.

c) Questionnaires

La méthode de construction des questionnaires envoyés aux participants de l'étude sont très similaires. Pour commencer ces outils ont tous les deux été testés : par quatre sages-femmes cadres dans l'étude n°5 et par dix sages-femmes dans l'étude n°6. Ces professionnelles n'étaient pas incluses dans la recherche. Les questionnaires comportent des questions ouvertes et fermées ainsi qu'un espace libre à chaque fois pour d'éventuels commentaires. L'étude n°6 spécifie que ce procédé a été utilisé dans le but de récolter le maximum d'informations possibles. Les questions ne sont pas toutes développées dans ces études mais les auteurs énumèrent les thèmes abordés. Les questionnaires ont été envoyés par mails dans l'étude n°5 mais l'étude ne précise pas la date d'envoi ni la durée de récolte des données. En revanche l'étude n°6 précise avoir envoyé les questionnaires par voie postale en août 2007 et avoir clôturé les réponses en novembre 2007. Les chercheurs de cette étude ont réalisé deux relances auprès des participants en septembre et octobre 2007 mais ont quand même eu cinq perdus de vue. L'étude n°5 ne mentionne à aucun moment avoir fait de rappel et souffre de 54 perdus de vus. Dans ces deux articles nous n'avons aucune notion sur la méthode utilisée pour le retour des questionnaires aux chercheurs ni sur leur classement ou confidentialité.

d) Contexte des études

Les recherches qualitatives sélectionnées présentent différents éléments témoignant de leur contextualisation, bien que certains d'entre eux puissent être plus décrits. En effet les lieux des études n°5 et 6 sont décrits de façon claire alors que les détails sur les personnes interrogées sont eux, peu explicités. La temporalité de l'étude est énoncée dans la n°6 alors que la n°5 ne la mentionne pas.

Dans chacune des études les questions de recherche sont clairement explicités. En effet dans la recherche n° 5 les cliniciens indiquent que le but de leur étude est de connaître le point de vue et les perceptions des sages-femmes concernant les bénéfiques, la promotion et les contraintes de l'emploi des médecines complémentaires (MC). Grâce à cette question de recherche ils sélectionnent trois thèmes centraux à aborder dans le cadre de leur questionnaire : la perception des sages-femmes sur la valeur des MC, les facteurs permettant sa promotion et les contraintes possibles associées à celle-ci. En plus de ces trois thèmes ils mentionnent également la démographie (lieu étudié) et mesurent l'utilisation des MC. Dans une démarche similaire, les chercheurs de l'étude n°6 se questionnent sur les indications de l'utilisation de l'acupuncture en Suède et examinent les critères et exigences souhaitées pour l'achat de programmes d'éducation en acupuncture. Afin d'élaborer leur questionnaires ils regroupent leurs items en fonction des deux axes abordés dans la question de recherche. Les cliniciens

se questionnent donc d'une part sur : le nombre d'accouchement par an, le nombre de sage-femme formée ou pas à l'acupuncture, la fréquence des traitements d'acupuncture ou les indications au traitement d'acupuncture. Et d'autre part sur : identité du membre du personnel responsable des achats et demandes en matière de formation, le niveau de formation de l'instructeur choisi ou les critères utilisés pour la sollicitation d'un formateur en acupuncture. On remarque donc que dans ces deux études, les cliniciens ont veillés à contextualiser leur recherche.

8.4.2.2 SYNTHÈSE CLINIQUE

a) Acupuncture

Grâce à ces études nous pouvons dégager deux thèmes principaux liés à l'acupuncture. En effet l'étude n°5 démontre les bénéfices liés aux médecines complémentaires, et notamment à l'acupuncture, tandis que l'étude n°6 évoque les motifs les plus courants de son utilisation en obstétrique. Pour les chercheurs de l'article n°5 les MC se révèlent bénéfiques tant pour les femmes (augmentation de la satisfaction maternelle, moins d'interventions médicales, avoir le choix des thérapeutiques) que pour les sages-femmes (apprécient la satisfaction des femmes et leur donne de la fierté, étend leur champ de compétences). Un autre élément ressort de façon importante dans leur étude : ces médecines permettent de promouvoir la normalité de la naissance, c'est-à-dire de respecter la physiologie de l'accouchement, qui est un point important autant pour les femmes que pour les sages-femmes. Au vu de ces bénéfices cet article complète ses conclusions en énonçant la nécessité de promouvoir les médecines complémentaires. Pour cela il parle de trois éléments susceptibles de participer à cette promotion : l'engagement et la motivation des sages-femmes praticiennes, la pression et demande des femmes et des sages-femmes ainsi que la présence d'un réseau d'assistance (guidelines, interdisciplinarité, soutien entre collègues). L'étude n°6, quant à elle, confirme que l'acupuncture est utilisée lors de la naissance. Ses résultats démontrent que le soulagement de la douleur lors de l'accouchement, la relaxation et lors de rétention placentaire sont trois causes fréquentes d'administration de cette thérapie par les sages-femmes en salle de naissance. Par ailleurs cette étude mentionne aussi d'autres raisons de réaliser de l'acupuncture en obstétrique : la grossesse et le post-partum. En effet, lors de la grossesse il ressort que ce traitement peut être donné pour les femmes souffrant d'hyperémésis ou d'hyperlaxité pelvienne. Durant le post-partum l'acupuncture peut être administrée pour des douleurs post-accouchement ou pour la stase du lait pendant la période de lactation. Il pose aussi un questionnement intéressant en évoquant que l'utilisation de l'acupuncture peut être influencée par l'autorité professionnelle des sages-femmes et leurs envies plutôt que par les demandes des femmes. En ce sens cette donnée est contradictoire avec l'article n°5 qui évoque l'importance de la demande des femmes.

Nous pouvons donc utiliser ces différentes données qui appuient le fait que l'acupuncture est un traitement fréquemment utilisé lors de la délivrance, qu'il est délivré par les sages-femmes elles-mêmes et que cela entraîne des bénéfices pour les femmes et pour les praticiennes. Cependant nous restons prudentes quant à l'interprétation de ces résultats. En effet aucun des articles ne mentionne précisément les méthodes de traitement utilisées : protocole d'acupuncture, points poncturés, temporalité et durée, nombre de séances... Ce qui nous questionne sur l'administration de l'acupuncture dans ces études. En effet comment pouvons-nous interpréter des résultats si nous ne connaissons pas le mode d'application mis en place pour les obtenir ? Comment pouvons-nous généraliser ces résultats à la pratique globale en salle d'accouchement et/ou à l'obstétrique ?

b) Contraintes institutionnelles

Nous avons pu remarquer dans nos deux articles qualitatifs que les contraintes institutionnelles sont à prendre en compte lorsqu'on aborde le thème de l'acupuncture en service d'obstétrique. C'est effectivement un de points essentiels qui ressort de l'étude n°5. Ces contraintes ont été particulièrement mises en avant par les sages-femmes interrogées dans cette étude, et cela à plusieurs niveaux, démontrant la difficulté pour elles de mettre en place les médecines complémentaires en service d'obstétrique. Premièrement les praticiennes ont parlé d'un manque de ressources évident. C'est-à-dire qu'il y a un manque de personnel formé dans ces médecines et/ou que le service a d'autres priorités de soin que d'administrer ces thérapies. Deuxièmement l'influence du contexte global participe aussi aux difficultés de promotion des MC. Les sages-femmes formées ayant un planning pré-établi ne peuvent pas être constamment là au sein du service et peuvent manquer des naissances ou des parturientes qui auraient souhaité recourir à une thérapie alternative. Ce contexte peut aussi être défavorisé par le regard négatif de collègues travaillant avec les sages-femmes, en général des professions médicales d'après cette étude. Les chercheurs imputent ces critiques essentiellement à leur méconnaissance à propos des MC, leur utilisation et leurs effets. Par ailleurs l'étude n°6 énonce que les contraintes institutionnelles sont un frein à l'expansion de l'acupuncture dans leurs services. Les sages-femmes pensent qu'il est nécessaire de mettre en place un suivi one-to-one (une sage-femme s'occupe d'une seule femme) avec les parturientes lors de l'administration de la thérapie. Or, pour l'institution il est difficile de mettre en place ces pratiques à cause de problématiques logistiques.

Cependant cette étude montre aussi un manque de contraintes institutionnelles imposées aux sages-femmes. C'est-à-dire que beaucoup de soignantes pratiquent l'acupuncture sans formation rigoureuse. La Suède n'impose pas de formation spécifique et chaque établissement peut donc décider de l'enseignement à donner aux sages-femmes concernant la pratique de l'acupuncture. L'article montre donc qu'il est préjudiciable qu'une thérapie pointue soit pratiquée par des sages-femmes peu formées.

Nous notons donc qu'il est essentiel que la pratique des sages-femmes acupunctrice soit encadrée par une formation réglementaire (comme décrit dans nos concepts) mais que certains facteurs inhérents au fonctionnement d'un service et au travail en interdisciplinarité peuvent péjorer la promotion de cette pratique.

c) Recherches

Comme nous avons déjà pu le voir dans notre travail le thème de la recherche concernant la thérapeutique de l'acupuncture relève de nombreux questionnements. De nouveau, les auteurs des articles n° 5 et n° 6 expose cette problématique. En effet pour les cliniciens de l'étude n° 5 le manque d'essais contrôlés randomisés et d'études multicentriques s'avère être un facteur contraignant pour l'utilisation et la promotion des MC et notamment de l'acupuncture. La qualité des recherches effectuées est souvent insuffisante. Selon les auteurs de l'article n°6 cela ce manifeste par des biais dans la méthodologie, une faiblesse dans la taille des échantillons, un manque de détails dans les calculs statistiques ou encore sur le protocole de la thérapie. Pour les cliniciens de l'étude n° 5, le manque de preuve et de donnée probante sur le sujet peut venir de barrières dues à la pratique des MC elle-même. En effet ils mettent en avant le concept de soins sécuritaires selon lequel il est difficile de ne pas donner une thérapeutique que l'on sait bénéfique pour prouver l'efficacité d'une autre. De plus, les auteurs mentionnent que les recherches dans le domaine des MC sont aussi souvent contradictoires, ce que confirme l'étude n° 6. Dans cette étude les cliniciens s'étonnent de voir qu'en Suède bon nombre d'indication et d'utilisation de l'acupuncture dans les maternités se font sans s'appuyer sur des données probantes. Ils exposent le cas de l'utilisation de l'acupuncture lors de rétention placentaire dans 82,2 % des unités de maternités interrogées par leur étude, sans que son efficacité soit prouvée scientifiquement pour cette pathologie. Les auteurs prennent cependant en considération qu'il est très difficile de procéder à des mises en aveugles rigoureuses lors de l'utilisation de l'acupuncture. Dans cette optique, les chercheurs des deux études n° 5 et n° 6 s'accorde sur le fait que la création de guidelines de bonne qualité est essentiel à la pratique mais aussi à la promotion des MC et plus précisément de l'acupuncture.

Ces six études nous auront donné un regard sur ce qui a été évalué au sujet de notre thème. Nous ne prétendons pas que ce regard est exhaustif et juste. Il nous a simplement permis d'élargir la vision que nous avons de ce thème. Une revue systématique et davantage d'analyses d'études seraient nécessaires pour obtenir une vision plus pointue de la question.

Nous allons donc pouvoir confronter ces différents regards lors de la discussion présentée dans les pages suivantes.

9 DISCUSSION

Nous allons tenter dans cette partie de répondre à notre question de recherche qui est « **L'utilisation de l'acupuncture pour favoriser le décollement physiologique du placenta lors de la délivrance chez une parturiente à terme peut-elle être une méthode significative ?** » et de faire le lien avec nos concepts clés.

9.1 EBM ET ACUPUNCTURE

Dans notre société actuelle, il est essentiel d'amener des preuves scientifiques de l'efficacité et de l'innocuité d'une thérapeutique avant de pouvoir la généraliser dans nos services de soins. Cette notion s'applique notamment à la pratique des médecines complémentaires dont l'acupuncture. En témoignent un certains nombres d'études déjà publiées sur le sujet. Cependant, comme vu précédemment l'acupuncture est un sujet complexe et il peut s'avérer délicat de fournir ces preuves.

Au vu de ces réserves et difficultés soulevée par l'étude de l'acupuncture selon les méthodes de l'EBM, en Suisse Ammar et al (2010) ont réalisés une étude. Celle-ci visant à évaluer la pertinence perçue de l'outil EBM appliqué aux médecines complémentaires, dans la perspective de faciliter le dialogue entre médecine allopathique et complémentaires. Au terme de cette étude ils ont pu conclure que les médecins et professionnels de santé dans le domaine des médecines complémentaires, estiment que l'outil «EBM» semble absolument nécessaire à l'intégration de celles-ci au sein du système de soins. Bien que pour l'anthropologue et l'homéopathe, sa méthodologie ne soit pas forcément la mieux adaptée aux médecines complémentaires. A contrario ils ont pu mettre en avant que pour la population interrogée dans la rue, le recours aux preuves par l'EBM ne semble pas indispensable.

Cependant au vu des enjeux politiques d'importance que soulève les médecines complémentaires en Suisse actuellement, il serait intéressant d'effectuer des études supplémentaires afin d'élaborer des critères méthodologiques prenant en compte les spécificités des médecines complémentaires et donc réduire les biais actuels.

De nos jours, l'acupuncture se développe de plus en plus dans les services d'obstétrique. L'engouement des femmes et la sollicitation des sages-femmes sont les raisons principales de l'expansion de cette thérapie. Grâce aux études analysées dans notre revue de littérature nous avons pu identifier différentes lacunes méthodologiques dans l'élaboration des recherches établies selon les critères spécifique de l'EBM. Pour débiter de nombreuses études ne prenaient pas en compte les caractéristiques de l'échantillon : les facteurs environnementaux, ethnie, alimentation, l'histoire familiale du patient, ses antécédents médicaux, son statut émotionnel etc. Or dans la philosophie de la médecine traditionnelle chinoise le praticien utilise tous ces éléments pour poser un diagnostic et

choisir les points à poncturer. Il serait donc important dans les essais cliniques de détailler plus précisément ces caractéristiques qui peuvent constituer des biais dans l'interprétation des résultats. De plus, l'EBM préconise d'utiliser de grandes tailles d'échantillon dans les études quantitatives. En effet, selon Sartori et Arrandel (2010) « le nombre de participants est un critère important dans la validité des résultats » (p.36). Par ailleurs nous pensons que ces études devraient se baser sur le guideline « STRICTA », qui est un outil permettant l'évaluation des méthodes d'acupuncture selon des critères spécifiques. Par exemple une seule de nos études prend en considération le « Qi » qui est pourtant un élément essentiel dans la philosophie de soin chinoise (abordé dans cette revue lors du phénomène observé). Grâce à ce guideline les protocoles d'acupuncture pourraient être mieux détaillés et standardisés pour une meilleure généralisation et significativité des résultats. Une autre difficulté rencontrée au niveau méthodologique concerne la mise en aveugle des participants. En effet il nous apparaît compliqué de faire en sorte que l'acupuncteur soit maintenu aveugle tout au long de la procédure. De plus ce praticien peut introduire un biais dans l'étude à cause de son désir de prouver l'efficacité de cette méthode.

Il faut compter aussi sur les données potentiellement contradictoires dans ces recherches. Certaines études démontrent effectivement des résultats dissemblables ou qui se contredisent complètement, comme nous avons pu l'identifier lors de l'analyse de notre revue de littérature. D'autant plus qu'il existe peu d'études concernant l'acupuncture en obstétrique et particulièrement sur certains thèmes comme la délivrance.

A cause de ces différentes faiblesses méthodologiques, des données contradictoires et des résultats parfois peu significatifs il peut être difficile pour un praticien de trouver le niveau de preuve nécessaire à l'application de l'acupuncture.

Tous ces éléments prouvent le besoin de réaliser de nouvelles recherches sur le sujet. Schytt et al (2011) indique les difficultés méthodologiques que nous détaillons ci-dessus mais précise que le manque d'études concernant un traitement ne démontre pas forcément son inefficacité mais est plutôt une motivation supplémentaire pour conduire des recherches de haute qualité sur le sujet (p. 80).

En outre, nous jugeons essentiel d'aborder l'impact de nos représentations occidentales concernant une thérapie orientale. Cet aspect confère une difficulté supplémentaire à la mise en place d'études contrôlées randomisés basées sur nos préceptes qui ne sont pas toujours transférables à la pratique ancestrale chinoise. De ce fait il peut être difficile d'amener des preuves scientifiques concernant les bénéfices ou efficacité de l'acupuncture en utilisant l'EBM. En effet, de nombreux praticiens et chercheurs s'intéressent à la technique de l'acupuncture et souhaitent amener des preuves scientifiques fiables. Ils sont cependant septiques concernant la philosophie de soin expliquant la médecine

traditionnelle chinoise. Ils essayent donc d'appréhender le phénomène à l'aide d'explications occidentales issue de la médecine conventionnelle (Azria et al, 2011, p.25). Lors de nos recherches et lectures nous avons effectivement pu remarquer que l'intérêt des scientifiques et praticiens est avéré et que plusieurs théories rationnelles sont mises en cause pour expliquer les effets de l'acupuncture. Selon Azria et al. (2011) et Rempp, le système nerveux central entre en jeu dans ces mécanismes à l'aide du rôle des neuromédiateurs et d'effets neurostimulants (réflexes) prouvés lors de travaux de neurophysiologie. Ces explications scientifiques apportent un intérêt certain aux chercheurs car elles correspondent mieux aux critères de l'EBM.

9.2 DELIVRANCE ET ACUPUNCTURE

Nous avons démontré que la sage-femme est la personne de référence auprès des femmes pour administrer l'acupuncture lors de la délivrance. Cependant pour conférer un environnement de qualité propice à cette pratique, ainsi qu'une technique sécuritaire, les sages-femmes doivent bénéficier d'une formation reconnue et standardisée. En ce sens c'est un aspect que nous avons retrouvé à plusieurs reprises au cours de notre travail et dans les articles analysés.

Cette revue de littérature nous a permis de mieux appréhender la médecine traditionnelle chinoise et l'utilisation de l'acupuncture. Ainsi, nous avons pu mettre en évidence différents éléments importants par rapport à son application lors de la troisième phase du travail. Cependant il existe des données contradictoires concernant ces thèmes et des avis divergents à prendre en compte. Premièrement, l'acupuncture est le plus fréquemment utilisée lors des rétentions placentaires. Plusieurs pathologies peuvent survenir lors de la délivrance mais c'est cette complication qui semble être la plus documentée dans la littérature scientifique. Ce que confirment Bobic et Habek (2011) dans leur article informatif.

L'acupuncture lors de la délivrance peut être utilisée en prophylaxie ou lors d'une complication médicale. Effectivement, lorsque cette thérapie est administrée tout au long de l'accouchement elle peut faciliter le décollement physiologique du placenta. Selon Rempp et Bigler (2008) « Nous faisons rarement des points pour la délivrance. Nous avons la nette impression que les accouchements accompagnés par acupuncture saignent rarement, que la délivrance en est facile » (p. 170). A contrario Roemer (2005) suggère que l'acupuncture doit être administrée immédiatement après la naissance pour prévenir de possibles hémorragies du post-partum ou problèmes de décollement placentaire. Des avis dissemblables sont aussi présents dans notre revue de littérature et sont explicités dans notre analyse. L'utilisation de l'acupuncture peut donc être proposée tout au long de l'accouchement ou lors de la délivrance. L'approche choisie et la sélection des points poncturés doit prendre en compte la parturiente, le déroulement de l'accouchement ou la pathologie éventuelle ainsi que les préceptes de la médecine traditionnelle chinoise.

Le point R-16 (KI-16) est le point d'acupuncture de référence pour favoriser la troisième phase du travail. Il a une action réflexe sur l'utérus, ce qui stimule les contractions utérines et engendre le décollement du placenta en réduisant les pertes de sang. Il peut être associé à d'autres procédures (utérotoniques, massages utérins, blocs de froid...) ou à d'autres points, afin de potentialiser l'effet recherché. Rappelons que certains points sont interdits pendant la grossesse et sont enseignés aux praticiens durant leur formation. Par ailleurs l'utilisation de points spécifiques peut aussi dépendre de la pratique personnelle de l'acupuncteur. Il est normal que certains points soient poncturés préférentiellement en fonction de l'expérience, du choix du praticien et de sa vision du corps humain. De ces choix peut dépendre l'évolution de la délivrance. Même si certains points n'apportent pas le bénéfice escompté il ne semble pas légitime de discréditer la thérapie dans sa globalité. Il faut juger à ce moment-là de l'effet de ce point seul pour l'indication donnée.

Cependant certains effets secondaires sont aussi rapportés en lien avec l'administration de l'acupuncture. Les plus fréquents sont les problèmes cardio-vasculaires, le pneumothorax, l'évanouissement, l'hémorragie méningée, l'hémorragie cérébrale et l'infection. Ces événements indésirables sont donc variés et de différents niveaux de gravité. Ils sont en lien avec la tolérance du patient au traitement administré, la pratique de l'acupuncteur mais aussi le matériel utilisé. Des précautions sont donc à mettre en place. Comme par exemple l'utilisation d'aiguilles stériles, l'anamnèse des antécédents du patient, l'évaluation de la qualité de poncture du thérapeute...

Malgré tout, ces allégations sont à prendre en considération avec nuance. En effet les visions concernant l'acupuncture peuvent être divergentes dans la littérature et de nombreux éléments sont à prendre en compte en lien avec cette pratique. Nous ne pouvons donc pas affirmer avec certitude le bénéfice de l'acupuncture concernant la troisième phase du travail. En ce sens, au vu de l'analyse de nos articles, il nous est difficile de détailler la significativité de l'utilisation de l'acupuncture pour favoriser le décollement physiologique du placenta lors de la délivrance chez une parturiente à terme. Cependant, certaines de nos études amènent des perspectives positives concernant l'acupuncture et préconisent donc son utilisation dans certaines circonstances (étude n° 1, n°4, n°5 et n°6).

Malgré le fait que nous ayons peu de preuves valables permettant de répondre à notre question de recherche l'utilisation de l'acupuncture lors de la délivrance reste un thème central qui nécessite de nouvelles études. En témoigne le projet actuel de la librairie Cochrane qui effectue actuellement deux revues de littérature : « Acupuncture or moxibustion for reducing blood loss in the third stage of labour » et « Non-pharmacological and non-surgical interventions for managing retained placenta ». Ces documents seront susceptibles d'apporter une vision différente, voire complémentaire, sur le sujet.

Un dernier point indissociable de notre revue de littérature doit être explicité. La satisfaction des femmes suite à un traitement par acupuncture lors de la délivrance est un élément primordial mais nous constatons qu'il est très peu exploré lors des études scientifiques. Le ressenti des femmes est effectivement essentiel pour corroborer l'efficacité de la pratique et permettre de la développer. Si un auteur avance les bénéfices de l'acupuncture mais ne prend pas en compte l'évaluation réalisée par la femme après le traitement il induit un biais ne permettant pas de garantir les effets décrits. En revanche une étude qui met en lien la pratique de l'acupuncteur avec la satisfaction des femmes amplifiera la fiabilité et la crédibilité de ses résultats. Par ailleurs si les femmes sont enthousiastes suite aux effets ressentis avec le traitement elles pourront participer activement à sa promotion à travers la société.

9.3 FORCES ET FAIBLESSES DE NOTRE TRAVAIL

9.3.1 FORCES

Notre binôme de travail a été efficace pour réaliser ce travail. Nous avons une bonne organisation et une bonne entente ce qui nous a permis de réaliser les différentes étapes de cette revue de littérature dans de bonnes conditions. Par ailleurs nous étions complémentaires et engagées dans la réflexion professionnelle : ainsi nous avons pu confronter nos points de vue, partager nos méthodes de fonctionnement et enrichir nos visions grâce à ces échanges. Créer ce travail de bachelor nous a donc permis d'approfondir le développement de nos compétences respectives et d'acquérir des connaissances sur l'acupuncture et la MTC.

Nous avons choisi un sujet original pour écrire ce travail, cela a notamment été confirmé par le peu d'études existantes sur le sujet. De ce fait notre revue de littérature démontre le côté novateur de notre recherche et suscite de l'intérêt.

Nous avons développé l'argumentation de nos choix et notre positionnement professionnel tout en essayant de trouver des références scientifiques fiables et pertinentes. Nous estimons avoir été rigoureuses dans nos recherches et dans la rédaction de cet ouvrage.

Nous avons pris en compte la cohérence tout au long de la rédaction de notre travail. Nous pensons que cela permet une homogénéité du discours qui donne un sens précis à notre revue et à ses résultats.

Nous avons eu à cœur de rester impartiales lors de nos recherches et écrits. Et avons souhaité que nos convictions personnelles et professionnelles n'interfèrent pas pour garantir une fiabilité des résultats importante. Nous espérons donc avoir gardé une position neutre favorable à l'analyse des données de façon honnête et crédible.

9.3.2 FAIBLESSES

Au vu de notre sujet nous avons malheureusement trouvé peu de littérature en lien direct avec notre problématique. Par ailleurs les articles et études trouvés n'étaient pas forcément d'un niveau de preuve très élevé. C'est pour cela que nous avons pensé nécessaire d'élargir notre recherche par le biais de prospection d'informations du point de vue de la sage-femme. De plus nous n'avons trouvé que peu de preuves en Suisse, beaucoup de nos articles nous ont amené des données d'autres pays (Allemagne, Suède...).

A cause de ce manque de preuve, du petit nombre d'études et de leur faiblesse méthodologique nous n'avons pas pu mettre en évidence des données concrètes suffisantes pour arriver à une appréciation catégorique concernant notre thème.

Au vu du nombre de recherches trouvées en Allemagne nous aurions pu nous tourner vers des banques de données spécifiques en littérature allemande. Cela nous aurait peut-être permis de trouver un plus grand nombre d'études analysables. En outre la Chine n'est pas ressortie lors de nos recherches dans les différentes banques de données. Or, ce pays étant le berceau de l'acupuncture (médecine traditionnelle chinoise) nous aurions éventuellement pu avoir des résultats intéressants en lien avec notre thématique.

Nos articles analysés étant en allemand et anglais nous avons dû faire des traductions. Celles-ci sont personnelles, non-officielles, et potentiellement aléatoire malgré l'aide apportée par des personnes extérieures lors des traductions allemandes.

Par ailleurs nous sommes conscientes de ne pas avoir de formation spécifique en acupuncture. Les recherches réalisées sur les MTC et sur l'acupuncture sont donc personnelles et ne relèvent pas d'un enseignement par un professionnel. Nos écrits peuvent donc faire preuve de faiblesses comme avec la présence de lacunes, de manque de données ou d'affirmations approximatives.

9.4 PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES

La réalisation de cette revue de littérature a contribué au développement et à l'enrichissement de notre identité professionnelle. En effet, appliquer les principes de la recherche scientifique nous a poussés à élaborer une réflexion et une argumentation rigoureuse, relative à un sujet cultivant notre intérêt de future professionnelle sage-femme. Car nous en sommes convaincus, la recherche est un domaine dans lequel les sages-femmes doivent à l'avenir s'investir davantage. En ce sens, il est de notre responsabilité, si nous voulons défendre et valoriser nos champs de compétences, de nous intéresser à la recherche et de participer à des études.

Les thèmes se prêtant à la conduite d'une recherche sont nombreux. Parmi eux l'évaluation de la satisfaction des sages-femmes prodiguant l'acupuncture semble être un domaine encore peu exploré

qui correspond aux critères des études qualitatives. Or il apparaît essentiel que pour favoriser la promotion de cette thérapeutique, l'avis des praticiens soit entendu. Il ne s'agit pas de faire l'apologie de l'acupuncture mais simplement de connaître le ressenti des praticiens face à l'exercice de cette pratique, afin d'obtenir une vue d'ensemble de tous les protagonistes mis en jeu.

Dans un autre registre les sages-femmes sont décrites comme étant les garantes du bien-être de la femme ainsi que la personne de référence pour les familles. Comme vu dans les concepts centraux de notre travail, elles sont les professionnelles de santé de choix pour pratiquer l'acupuncture en obstétrique. De ce fait il est primordial qu'elles prennent personnellement en considération le ressenti des femmes vis-à-vis de cette thérapie. Les sages-femmes pratiquant l'acupuncture en salle de naissance devraient avoir à cœur de recueillir le vécu des parturientes. Et ce dans le but de pouvoir évaluer leurs besoins mais également leurs attentes concernant cette technique.

Dans le même esprit, les sages-femmes ayant reçu la formation en acupuncture ont pour rôle si cette thérapeutique est efficace et bénéfique pour les femmes, de la promouvoir à travers la communauté scientifique. Elles se doivent de participer plus activement et intensément à sa visibilité sur la scène internationale afin d'en exposer les valeurs et de faciliter son instauration dans les services de soins en obstétrique. Par exemple le fait de participer à des congrès réunissant les sages-femmes mais également les autres professionnels intervenant dans le domaine de la périnatalité (médecins, infirmiers/ères, assistants en soins et santé communautaire...).

Un autre aspect qui ressort de l'analyse de nos articles mais aussi de notre discussion est celui de la formation des sages-femmes. En effet nous avons pu voir que dans certains pays comme la France, il est possible d'obtenir un diplôme universitaire en acupuncture spécifique au domaine de l'obstétrique. A l'image de cette initiative il serait intéressant d'envisager comme perspective pour la Suisse de proposer à ses professionnels de santé une formation sur le même modèle reconnu au niveau international. Cette démarche permettrait d'introduire une formation de qualité et standardisée répondant mieux aux exigences du domaine médical actuel, guidée par les préceptes de l'EBM. Les enjeux seraient d'intégrer à cette formation un module abordant la technique à appliquer pour mener des recherches de qualité concernant cette thérapeutique (exemple : apprentissage de l'utilisation de STRICTA). En effet nous pensons que plus les sages-femmes acupunctrices seront formées de façon rigoureuse concernant ce domaine, plus elles seront aptes à mener des recherches de qualité permettant d'enrichir la littérature internationale.

Ces différentes perspectives disciplinaires énoncées nous amènent à nous questionner sur les thèmes et la structure d'étude pouvant être réalisée sur le sujet. En matière d'étude qualitative il serait intéressant d'aborder les questions suivantes :

Concernant le point de vue des femmes les chercheurs pourraient évaluer : Comment et par qui les parturientes ont-été informé des possibilités d'avoir recourt à l'acupuncture tout au long de leur grossesse ? Pour celles ayant reçu de l'acupuncture au cours de leur gestation quel en est leur vécu (indication de la thérapie, ressenti face au processus, contact avec l'acupuncteur, demande de leur part ou proposition d'un soignant) ?

Et si l'on se place du côté des sages-femmes celles-ci pourraient explorer leur ressenti face à l'utilisation de cette thérapie auprès des femmes. Mais aussi leur avis concernant la formation qu'elles ont reçu (durée, qualité, formation en recherche, niveau universitaire, possibilité de formation continu), le lien qu'elles entretiennent avec leur hiérarchie et leurs collègues d'unité (partage d'expérience, soutien de la direction quant à l'exercice de leur pratique, moyens mis à disposition pour faciliter l'accès à l'acupuncture ex : consultation spécifique) ou encore les domaines et indications où l'acupuncture est la plus utilisée dans les soins obstétricaux en Suisse. Tout cela en prenant en compte la taille des services dans lesquels elles pratiquent en termes de naissance par an.

Concernant les études quantitatives deux enjeux s'imposent à nous.

Tout d'abord celui de créer des protocoles de recherche de qualité concernant cette thérapeutique prenant en considération les items de la grille d'évaluation des méthodes d'acupuncture « STRICTA ». En effet il apparaît indispensable d'instaurer de la rigueur dans le choix de l'échantillon proposé. Celui-ci se doit d'être de quantité suffisante afin d'être significatif (plus l'échantillon est important plus la généralisation est fiable mais les gains de fiabilité ne sont pas proportionnels à l'augmentation de la taille de l'échantillon) et sélectionné sur la base d'une population bien définie (exemple : femmes à terme entre 37 et 40 SA, parité spécifiée, sans maladie préexistante à la grossesse, ayant une grossesse unique harmonieuse et un fœtus en présentation céphalique...). Dans la méthodologie il est important de veiller à une mise en aveugle efficiente n'apportant pas de biais. Elle peut être simple : le praticien tire au sort avant chaque geste technique pour savoir s'il procède à de l'acupuncture ou non, ou double si la parturiente qui reçoit le traitement est aveugle concernant celui-ci. De plus il apparaît essentiel de détailler le protocole de la thérapeutique employée selon les critères de la grille STRICTA (exemple : formation et expérience de l'acupuncteur ; matériel utilisé ; point sélectionné : pourquoi, stimulation ?, bilatéral ou pas... ; durée d'application du traitement etc.). Autant de critères qui sont souvent de qualité insuffisante dans les études publiées sur l'acupuncture jusqu'à ce jour.

Dans un second temps il serait souhaitable d'aborder des thématiques peu explorées dans la littérature professionnelle comme celle de notre travail sur la troisième phase du travail. Les pistes de question de recherche sur le sujet pourraient être :

L'utilisation de l'acupuncture en prophylaxie lors de la délivrance du placenta peut-elle réduire les pertes de sang et le risque d'hémorragie ?

Le décollement du placenta lors de la troisième phase du travail peut-il être accéléré par l'utilisation du point d'acupuncture KI-16 ?

L'utilisation de l'acupuncture en délivrance dirigée, lors d'accouchement physiologique, est-elle aussi efficace que l'utilisation de l'ocytocine ?

L'efficacité de l'acupuncture est-elle différente si son utilisation a lieu tout au long de l'accouchement ou seulement au moment de la délivrance ?

Ces thèmes de recherches pourraient être menés par des sages-femmes acupunctrices au sein des établissements obstétricaux de Suisse.

10 CONCLUSION

Cette revue de littérature nous a permis de faire un état des lieux des recherches et études existantes sur notre sujet. Nous avons alors développé un regard critique sur ce thème et sur les articles s'y rapportant. Après analyse et discussion nous avons pu mettre en évidence le fait que la délivrance par acupuncture est un sujet encore peu traité et qu'il est audacieux d'énoncer une réponse de façon catégorique à la problématique au vu des preuves scientifiques actuelles. Néanmoins certaines études démontrent des résultats prometteurs quant à l'administration de cette thérapie lors de la troisième phase du travail.

Par ailleurs nous avons également pu remarquer que les études développées concernant l'utilisation de l'acupuncture en obstétrique peuvent faire preuve de faiblesses en lien avec les critères de l'EBM. Cependant nous sommes conscientes de la difficulté à réaliser des recherches respectant ces critères au vu de l'approche spécifique que représente l'acupuncture. Malgré tout un essor et un approfondissement de ces recherches nous semble indispensable pour répondre de façon significative aux questionnements soulevés par la pratique de cette thérapie.

La satisfaction des femmes ayant reçu un traitement d'acupuncture serait un élément essentiel à prendre en compte lors de ces prochaines études. La vision et le ressenti des parturientes permettrait effectivement d'enrichir et de compléter les preuves scientifiques purement techniques.

En outre, de nos jours la médicalisation connaît un essor croissant dans les services d'obstétrique et notamment en salle d'accouchement. En tant que garantes de la physiologie nous pouvons donc nous questionner quant à l'utilisation quasi-systématique de procédures médicales et/ou de produits pharmaceutiques pour la délivrance. Cette problématique nous préoccupe aussi en ce qui concerne l'évolution de la normalité lors de la naissance. Les médecines complémentaires comme l'acupuncture pourraient-elles être une alternative à ces protocoles ? La société actuelle est-elle capable d'introduire et d'utiliser des pratiques traditionnelles dans un contexte de soin moderne ?

11 LEXIQUE DES POINTS D'ACUPUNCTURE

Nom du méridien	Dénomination Française	Dénomination Anglaise
Poumon	P	LU
Estomac	E	ST
Rate / Pancréas	RP/RT	SP
Cœur	C	HT
Intestin grêle	IG	SI
Gros intestin	GI	LI
Vessie	V	BL
Rein	RN	KI
Constricteur Cœur	CC/MC/EC	PC
Trois Foyers	TF/TR	Non trouvé
Vésicule Biliaire	VB	GB
Foie	F	LR
Vaisseau Gouverneur	VG/DM	GV
Vaisseau Conception	VC/RM/JM	CV

LISTE DE REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Azria, E., Koskas, M., Chabat, S. & Luton, D. (2011). Acupuncture et grossesse : état des connaissances. *Profession Sage-Femme*, 173, 25-30

Bader, W., Ast, S. & Hatzmann, W. (2000). Die Bedeutung der Akupunktur in der Plazentarperiode. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 43(4), 264-268.

Bobic, M.-V. & Habek, D. (2011). Treatment of retained placenta with acupuncture. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynecology and Obstetrics*, 116(1), 80.

Bouchard, A., Rapoport, D. & This, B. (1989). *Délivrances ou le placenta dévoilé*. Paris : Stock.

British Sociology Association Medical Sociology Group. (1996). *The quality of qualitative research*. Londres : Sage Publications.

Bureau de normalisation du Québec. (2010). *BNQ, Bureau de normalisation du Québec*. Accès <http://www.bnq.qc.ca/fr/index.html>

Carricaburu, D., Castra, M. & Cohen, P. (2010). *Risque et pratiques médicales*. Rennes : Presses de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique.

Chauhan, P.-A., Gasser, F.-J. & Chauhan, A.-M.(1999). Clinical Investigation on the Use of Acupuncture for Treatment of Placental Retention. *Complementary Therapies in Medicine* , 7(4), 263.

Code de la Santé Publique. (2012). Légifrance : le service public de la diffusion du droit. http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=49DCF828C07D8C303280F295C96E6243.tpdjo12v_3?idArticle=LEGIARTI000026202949&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130610

Confédération internationale des sages-femmes (2008) International code of ethics for midwives.

Accès

http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20ENG%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf

Confédération internationale des sages-femmes. (2011). Définition internationale de la sage-femme de l'ICM. Accès

<http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/Definition%20of%20the%20Midwife%20FRE-2011-%20updated%20August%202011.pdf>

Delamare, J. (2004) Dictionnaire abrégé des termes de médecine (4ème éd.). Paris : Maloine

Ernst, E. (2005). *Médecines alternatives le guide critique*. Paris : Elsevier.

Fédération Nationale de Médecine traditionnelle Chinoise. (2013). *FNMTC*. Accès

http://www.fnmtc.fr/deontologie_charte.pdf

Fédération Suisse des Sages-femmes. (1994). Code international de déontologie des sages-femmes.

Accès http://www.sage-femme.ch/x_dnld/doku/ethikkodexf.pdf

Fédération suisse des sages-femmes. (2006). *Recommandations relatives à la formation des sages-femmes dans les domaines de l'acupuncture et de la médecine chinoise en Suisse, publiées par la fédération suisse des sages-femmes FSSF et par l'organisation professionnelle suisse pour la médecine traditionnelle chinoise OPS-MTC*. Accès

http://www.hebamme.ch/fr/heb/bild/dnld/recommandations_acuponcture.pdf

Fédération suisse des sages-femmes. (2013). *Fédération suisse des sages-femmes*. Accès

<http://www.hebamme.ch/fr/heb/>

Fraser, D.-M & Cooper, M.-A. (2009). *Myles textbook for midwives (fifteenth éd.)*. Londres: Elsevier.

Goerke, K. (2004). *Atlas de poche d'Obstétrique*. Paris : Médecine Sciences Flammarion.

Greenhalgh, T. (2000). *Savoir lire un article médical pour décider : la médecine fondée sur les niveaux de preuves (evidence based-medicine) au quotidien*. Meudon : Rand.

Hirsch, E. (2007). *Ethique, médecine et société : comprendre, réfléchir, décider*. Paris : Vuilbert, 215-247.

Hohlfeld, P. & Marty, F. (2012). *Le livre de l'interne, Obstétrique (4^{ème} éd)*. Paris : Lavoisier.

Institut Ming Men. (S.d). *Institut Ming Men : école de médecine traditionnelle chinoise à Nancy*. Accès <http://www.institut-mingmen.fr/presentationdela/index.html>

Klein, S.D., Frei-Erb, M. & Wolf, U. (2012). Usage of complementary medicine across Switzerland : Results of the Swiss Health Survey 2007. *Swiss Medical Weekly*, 142

Koettnitz, F., Wübbecke, S., Krick, M., Schindler, A.E., Baltzer, J., Sauerland, C. & Köpcke, W. (1999). Akupunktur zur Plazentalösung ? Eine prospektiv randomisierte Untersuchung. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 59(11), 562-565.

Kotaska, A. (2004). Inappropriate use of randomized trials to evaluate complex phenomena: case study of vaginal breech delivery. *British Medical Journal*, 329, 1039-1042.

Lansac, J., Marret, H. & Oury, J.-M. (2006). *Pratique de l'accouchement (4^{ème} éd.)*. Paris : Masson.

Larousse. (2012). *Dictionnaire de Français en ligne, Larousse*. Accès <http://www.larousse.fr/>

Martensson, L., Kvist, L. & Hermansson, E. (2011). A national survey of how acupuncture is currently used in midwifery care at Swedish maternity units. *Midwifery*, 27, 87-92.

Massé, R. (2004). *Ethique et santé publique : Enjeux, valeurs et normativité*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Mitchell, M. & Williams, J. (2007). The role of midwife-complementary therapists: data from in-depth telephone interviews. *Evidence Based Midwifery*, 5(3), 93-99.

Münstedt, K., Brenken, A. & Kalder, M. (2009). Clinical indications and perceived effectiveness of complementary and alternative medicine in departments of obstetrics in Germany: A questionnaire study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 146(1), 50-54.

Office fédéral de la statistique. (2010). Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 2007 : Enquête suisse sur la santé. *Confédération Suisse, Département fédéral de l'intérieur*

Office québécois de la langue française, Grand dictionnaire terminologique. (S.d.). Accès <http://www.gdt.oqlf.gouv.qc.ca>

Olapado, OT. (2010). *What exactly is active management of third stage of labor?* *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 89, 4-6

Organisation Mondiale de la Santé Genève (2001). *Principes directeurs pour la formation de base et la sécurité dans la pratique de l'acupuncture.* Accès <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4931f/s4931f.pdf>

Organisation mondiale de la santé. (2002). Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002-2005. Accès http://www.who.int/topics/traditional_medicine/fr/

Organisation Mondiale de la Santé (2003). *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin.* Accès http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241545879/fr/index.html

Organisation Mondiale de la santé (2005). *Pour une Grossesse à moindre risque : le rôle de l'accoucheur qualifié.* Accès http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591692/fr/index.html

Organisation Professionnelle Suisse de Médecine Traditionnelle Chinoise (2013) *OPS-MTC*. Accès <http://www.sbo-tcm.ch/fr/pour-clientele/qu.html>

Page, L.-A. (2004). *Le nouvel art de la sage-femme : Science et écoute mises en pratique*. Paris : Elsevier

Pierre, F. & Bertrand, J. (2009). *Obstétrique (2^{ème} éd.)*. Paris: MALOINE.

Rempp, C. (2000). Si je suis persuadé que l'acupuncture est utile à la femme, je me dois de la diffuser. *Profession Sage-Femme*, 68, 38-39.

Rempp, C. (2001). "Docteur, j'attends un enfant, expliquez-moi l'acupuncture". Paris : Editions du Dauphin.

Rempp, C. & Bigler, A. (2008). *La pratique de l'acupuncture en obstétrique*. Paris : La Tisserande.

Roemer, A.-T. (2005). *Medical Acupuncture in Pregnancy : A textbook*. New York: Thieme.

Sackett, D.-L., Rosenberg, W.-M., Gray, J.-A., Haynes, R.-B. & Richardson W.-S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312 (71).

Salagnac, B. (1998). *Naissance et acupuncture (3^{ème} éd.)*. Belgique : Satas.

Sartori, P. & Arrandel, C. (2010). Acupuncture et grossesses prolongées. *Sage-femme.ch* (4), 34-37.

Schytt, E., Halvarsson, A., Pedersen-Draper, C. & Martensson, L. (2011). Incompleteness of Swedish local clinical guidelines for acupuncture treatment during childbirth. *Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology*, 90, p 77-82

Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture. (2010). *Checklist of STRICTA 2010 items*. Accès <http://www.stricta.info/checklist.htm>

Tai, D. (2002). What is acupuncture? *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*,8, p155-159

Tonelli, M. (1998). The philosophical limits of evidence-based medicine. *Academic Medicine: journal of the association of American Medical Colleges* 73 (12), 1234-1240

Williams, J. & Mitchell, M. (2007). Midwifery managers' views about the use of complementary therapies in the maternity services. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 13(2), 129-135.

Yelland, S. (2005). *Acupuncture in Midwifery* (2^{ème} éd.). Chine: Elsevier.

Zhang, J., Shang, H., Gao, X. & Ernst, E. (2010). Acupuncture-related adverse events: a systematic review of the Chinese literature. *Bull World Health Organ*, 88, 915-921

LISTE BIBLIOGRAPHIQUE

- Büchi, S., Bühler, B., Sackmann Rabeth, E. & Spirig, R. (2009). Evidenz der Akupunkturanwendung zur Geburtsunterstützung. *Hebamme.ch*, 2, 4-8
- Citkovitz, C., Klimenko, E., Bolyai, M., Applewite, L., Julliard, K. & Weiner, Z. (2009). Effects of Acupuncture During Labor and Delivery in a U.S Hospital Setting: A case-Control Pilot Study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15 (5), 501-505.
- Downey, S. (2002). Acupuncture in Pregnancy and Childbirth. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 8(2), 115.
- Ernst, E. & Watson, L.-K. (2012). Midwives' use of complementary/alternative treatments. *Midwifery*, 28(6), 772-777.
- Ewies, A.-A. & Olah, K.-S.-J. (2002). The sharp end of medical practice: the use of acupuncture in obstetrics and gynaecology. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 1-4
- Hall, G.-H., McKenna, L.-G., & Griffiths, D.-L. (2012). Midwives' support for Complementary and Alternative Medicine: A literature review. *Women and Birth*, 25(1), 4-12
- Tiran, D. (2004). Viewpoint-midwives' enthusiasm for complementary therapies: a cause for concern? *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 10, 77-79
- Tiran, D. (2006). Complementary therapies in pregnancy: Midwives' and obstetricians' appreciation of risk. *Complementary therapies in clinical practice*, 12, 126-131
- Wunenburger, JJ. (2008). *Imaginaires et rationalité des médecines alternatives*. Paris : Les Belles Lettres.

ANNEXES

Annexe I : Symbole et caractéristiques du Yin et du Yang

Annexe II : Loi des cinq mouvements

Annexe III : Tableau des correspondances des cinq mouvements

Annexe IV : La voie des eaux et des céréales

Annexe V : Tableau d'analyse méthodologique des articles selon les critères de L'EBM

Annexe VI : Grille d'analyse méthodologique des articles qualitatifs

Annexe VII : Tableau d'analyse méthodologique de l'étude n°1

Annexe VIII : Tableau d'analyse méthodologique de l'étude n°2

Annexe IX : Tableau d'analyse méthodologique de l'étude n°3

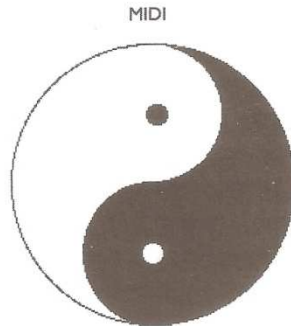
Annexe X : Tableau d'analyse méthodologique de l'étude n°4

Annexe XI : Tableau d'analyse méthodologique de l'étude n°5

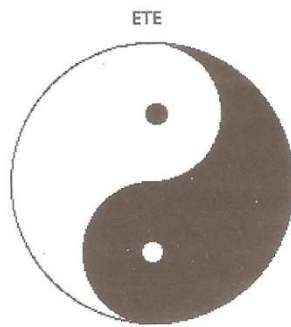
Annexe XII : Tableau d'analyse méthodologique de l'étude n°6

Annexe XIII : Tableau récapitulatifs des articles et études consultés et des critères de sélection

Annexe I : Symbole et caractéristiques du Yin et du Yang



MINUIT

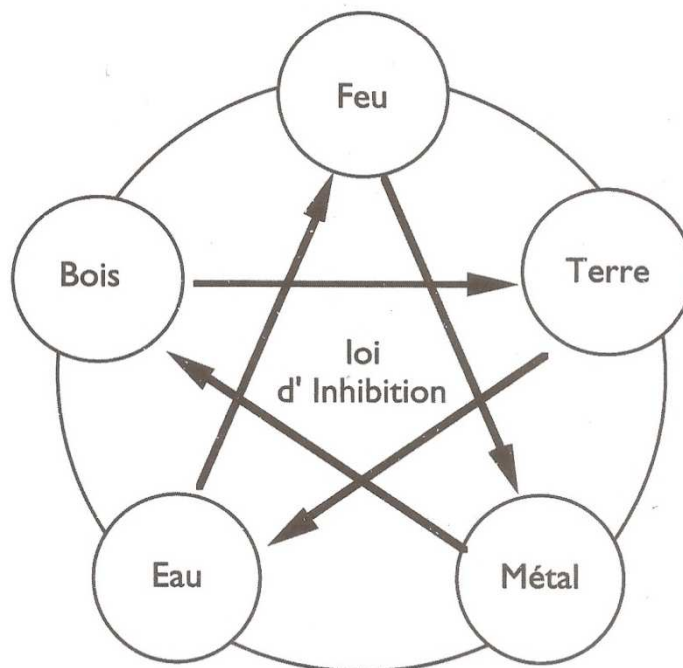
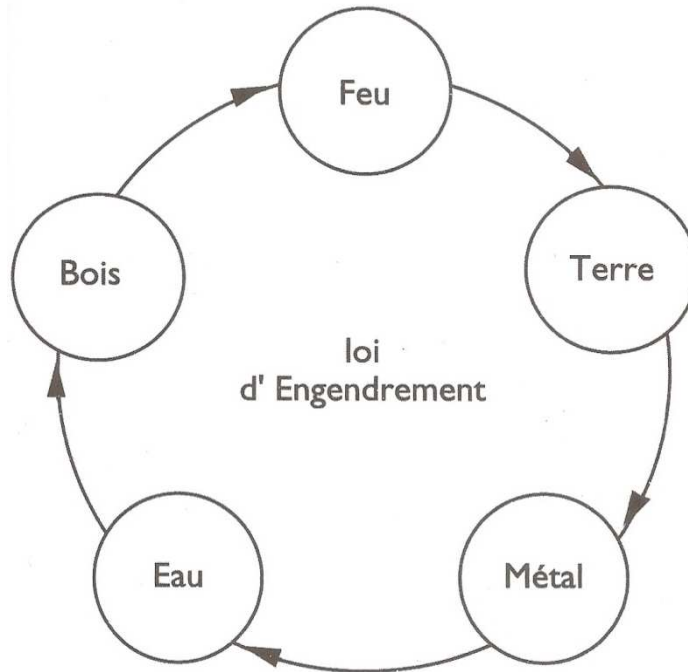


HIVER

Yin	Yang
sombre	clair
froid	chaud
passif	actif
lent	rapide
rétraction	expansion
en bas	en haut
profond	superficiel
grossier	subtil
féminin	masculin
chronique	aigu
etc.	etc.

Rempp, C. et Bigler, A. (2008). *La pratique de l'acupuncture en obstétrique*. Paris : La Tisserande. (p.32).

Annexe II : Loi des cinq mouvements

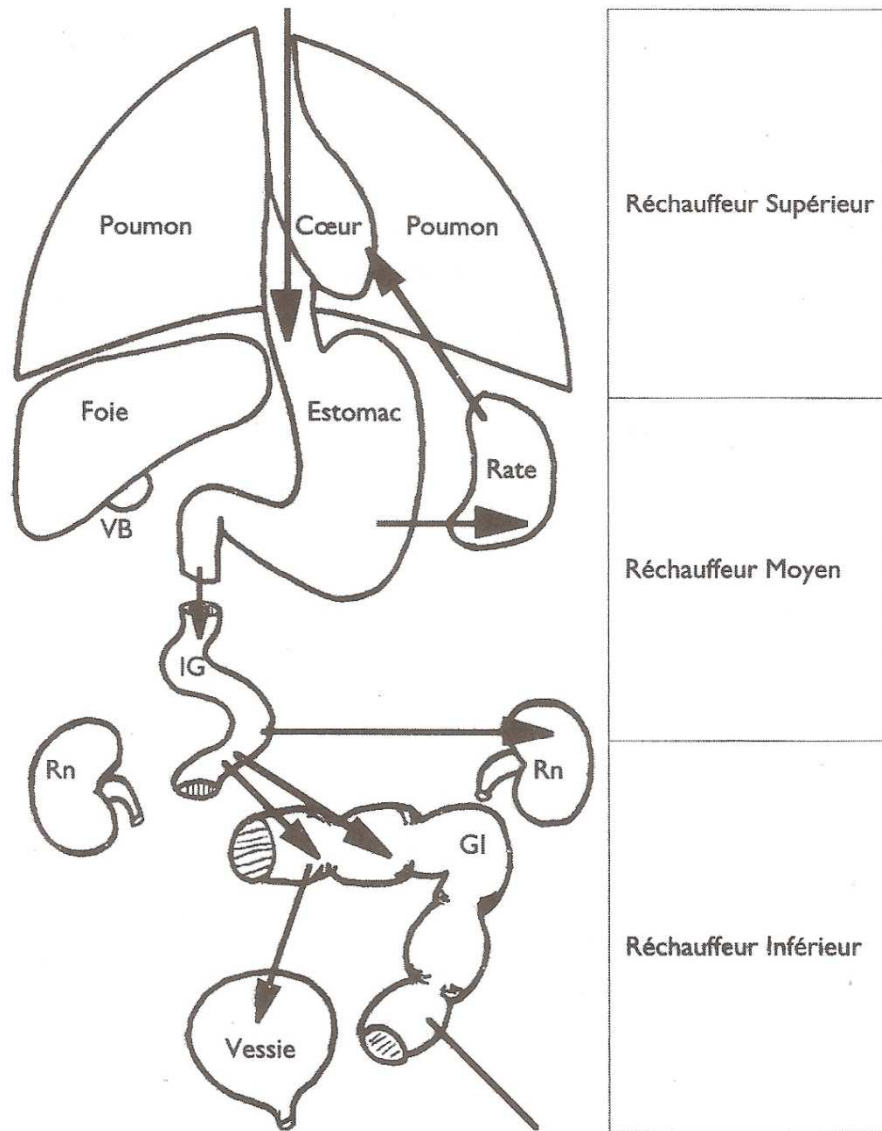


Annexe III : Tableau des correspondances des cinq mouvements

	Bois	Feu	Terre	Métal	Eau
saveur	aigre	amer	doux	piquant	salé
couleur	cyan	rouge	jaune	blanc	noir
organe	Foie	Cœur	Rate	Poumon	Rein
entraille	Vésicule Biliaire	Intestin Grêle	Estomac	Gros Intestin	Vessie
couche	muscles	vaisseaux	chair	peau	os et articulations
sentiment	colère	joie	soucis	tristesse	peur
sens	yeux	langue	bouche	nez	oreilles
animal	mouton	volaille	bœuf	chien	porc
fruit	jujube	prune	châtaigne	abricot	pêche

Annexe IV : La voie des eaux et des céréales

Voie des Eaux
et des céréales



Annexe V : Tableau d'analyse méthodologique des articles selon les critères de L'EBM

Titre de l'étude :			
Critères d'Analyse critique	Points positifs	Points négatif	Interprétation
Type d'étude : la forme de l'étude est-elle adéquate ?	Essai contrôlé randomisé ou revue systématique d'essais randomisés ou Méta-analyse	Autres type d'études	
Objectifs : les objectifs sont-ils clairement exprimés ? les conclusions concernent-elles des objectifs précis ?	Les objectifs sont clairement exposés et repris dans les conclusions	Les objectifs ne sont pas mentionnés ou n'apparaissent pas dans les conclusions	Les objectifs doivent d'exprimer le bénéfice attendu des réponses que la recherche va amener. La ou les conclusions doivent reprendre ces objectifs pour démontrer qu'ils ont été suivis pendant toute la démarche
Données concernant les auteurs	Le titre des auteurs est connu et ne présente pas de conflit d'intérêt avec l'étude	Le titre des auteurs n'est pas connu	Les auteurs doivent être des scientifiques reconnus sans conflit d'intérêt entre leur pratique et le sujet de l'étude.
Echantillon : La taille de l'échantillon est-elle clairement exprimée ? de taille suffisante ? Le calcul de l'échantillon est-il explicite ? Y a-t-il eu un biais dans la sélection de l'échantillon ? Le choix de l'échantillon et ses caractéristiques sont-ils explicités et discutés ? population particulière ? Le choix de l'échantillon est-il pertinent par rapport à la population générale ?	La taille est suffisante et calculé par des statisticiens. Il n'y a pas de biais dans la sélection. Le choix et les caractéristiques de l'échantillon sont clairement décrits et détaillés. Les différents groupes sont homogènes	Le calcul de l'échantillon n'est pas indiqué, il est de taille insuffisante. Le choix de l'échantillon présente des biais. Les données sont peu détaillées Les groupes ne sont pas homogènes.	Afin de fournir des résultats significatifs la taille de l'échantillon doit être suffisante. Des caractéristiques de base bien détaillées vont permettre de vérifier si les groupes sont similaires. La seule différence entre les deux sera donc l'effet de l'intervention que l'on teste dans l'étude. On peut également ainsi voir si les patients de l'étude correspondent vraiment à notre population.

<p><u>Ethique :</u> Y a-t-il eu un consentement de la population ? Y a-t-il eu un accord d'une commission d'éthique ? Retrouve-t-on une intégrité, des nuances, la prise en compte de données contradictoires, la transdisciplinarité ?</p>	<p>Un consentement est mentionné et a été signé par les sujets de l'étude. L'accord d'une commission d'éthique est présenté. Au cours de l'étude on retrouve des comparaisons avec d'autres études contradictoires et un souci d'intégrité dans l'interprétation des données.</p>	<p>Pas de mention</p>	<p>La dimension éthique est essentielle dans la construction d'une étude. Elle apporte de la crédibilité à celle-ci tout en garantissant l'intégrité des auteurs.</p>
<p><u>Méthode statistique :</u> Les méthodes statistiques ont-elles été explicitées ? Les chiffres s'additionnent-ils ? La signification statistique a-t-elle été évaluée ? valeur « p », IC ?</p>	<p>Les méthodes sont explicitées Les chiffres s'additionnent Les valeurs de « p » et l'IC sont évaluées et significatives.</p>	<p>Les méthodes ne sont pas explicitées Les chiffres ne s'additionnent pas La significativité n'a pas été évaluée ou n'ai pas significative</p>	<p>Les méthodes donnent de la pertinence aux résultats obtenus Reflète la fiabilité méthodologique de l'étude. La valeur « p » indique la probabilité que l'événement étudié soit le fruit du hasard. Si « p » < 0,05 soit une probabilité inf. à 1/20, « p » est significatif et hautement significatif si il est <0,01 ; L'IC est l'intervalle de confiance qui permet d'apprécier la force et la faiblesse des preuves apportées par l'étude. Si l'IC est de 95%, le chercheur à 95% de chance de trouver la valeur recherché dans la population étudiée. Cependant si l'IC inclus 1 il n'y a pas de différence dans les interventions.</p>
<p><u>Qualité des observations :</u> Les observations sont-elles vraisemblablement valables et fiables ? Les méthodes de mesures sont-elles explicites et objectives ?</p>	<p>Les observations sont valables, et un protocole d'intervention est présenté L'intervention et ses outils sont standardisés, la qualité de</p>	<p>Les observations semblent peu valables et/ou il n'y a pas la présence d'un protocole. Ou celui-ci est peu détaillé. Les interventions ne sont pas</p>	<p>Les chercheurs doivent expliciter les conditions dans lesquels les sujets ont expérimentés l'intervention mais aussi comment ils les ont observés. L'observation clinique doit se faire dans des conditions les plus proches</p>

<p>Standardisation : l'intervention a-t-elle été pratiquée de la même manière ? La qualité de l'intervention a-t-elle été assurée ? Une mesure d'enseignement a-t-elle été nécessaire ?</p>	<p>l'intervention est assurée.</p>	<p>standardisées</p>	<p>possible de la vie quotidienne. La standardisation va concerner l'intervention mais aussi les outils choisis. Le but étant d'uniformiser la prise en charge des deux groupes sélectionnés.</p>
<p>Randomisation : Les participants étaient-ils alloués au hasard, randomisés ? Le groupe d'allocation pouvaient-il être connu avant l'inclusion ?</p>	<p>Les personnes sélectionnées dans l'échantillon ont été randomisés par une méthode fiable (centrale téléphonique, ordinateur de randomisation, enveloppes scellées et opaques)</p>	<p>Pas de randomisation ou non expliquée clairement. Le groupe d'allocation peut être deviné par avance.</p>	<p>Le mode de recrutement des sujets d'une étude influence les caractéristiques de base de la population cible. Un biais de sélection peut donc être évité par une allocation aléatoire.</p>
<p>Mise en aveugle et intention de traiter : Les participants et le clinicien étaient-ils aveugles quant au traitement ? L'intention de traiter a-t-elle été respectée ?</p>	<p>Les participants et le clinicien sont en aveugle L'intention de traité est énoncée</p>	<p>L'étude n'est pas en aveugle Certains sujets ont été perdus de vue ou ont changé de groupe</p>	<p>Simple aveugle signifie que les sujets ignorent le traitement qu'ils reçoivent. Double aveugle signifie que les sujets et le clinicien ignorent le traitement utilisé. L'intention de traiter énonce le fait que l'on prend en considération les sujets perdus de vue ou ayant changés de groupe. Le chercheur doit alors exposer et analyser les données recueilli de la même manière que pour les sujets ayant respectés le protocole établi pour l'étude.</p>
<p>Evénements inattendus : Y a-t-il eu des événements inattendus pendant l'étude (données manquantes, défaut de compliance ?)</p>	<p>Les sujets sont compliants et il n'y a pas eu de données manquantes</p>	<p>Manque de compliance chez les sujets.</p>	<p>Il s'agit d'événements en théorie non planifiés par les chercheurs au début de leur étude. Ces évènements se doivent d'être joints à l'étude ainsi que l'explication des raisons de leur différence</p>

<p><u>Issues :</u> les issues primaires sont-elles mentionnées.</p>	<p>Les issues primaires sont mentionnées et les secondaires citées.</p>	<p>Les issues ne sont pas mentionnées</p>	<p>Les issues primaires sont celles dont le chercheur s'intéresse en priorité. Les issues secondaires sont les effets possibles de l'intervention.</p>
<p><u>Variables socioculturelles :</u> Les variables socioculturelles ont-elles été prises en compte ?</p>	<p>Les données socioculturelles des participants sont mentionnées et prise en compte</p>	<p>Les données socioculturelles des participants ne sont pas mentionnées.</p>	<p>Renforce la qualité méthodologique et la fiabilité des résultats.</p>
<p><u>Recherches et références :</u> L'étude fait-elle une différence entre ses résultats et ceux d'études précédentes ? Y a-t-il eu une recherche systématique des études traitant du même thème ? Y a-t-il eu une prise en compte d'éventuelles données contradictoires ?</p>	<p>Les résultats de l'étude sont mis en lien avec d'autres études sur le sujet déjà publiées. Une recherche d'autres études sur le sujet est réalisée. Les sources bibliographiques sont citées.</p>	<p>Aucune référence à d'autres études publiée. Seuls sont cité les articles aux même conclusions. Pas de sources bibliographiques citées.</p>	<p>Renforce la fiabilité, l'intégrité et la crédibilité des résultats.</p>
<p><u>Résultats de l'étude</u></p>	<p>Les résultats de l'intervention mais aussi ses effets sont mentionnés, interprétés et discutés.</p>	<p>Les résultats ne sont pas mentionnés</p>	<p>Les résultats de l'étude expose les issues mesurées et leur impact sur les objectifs de l'étude. Permettent d'identifier si les moyens de mesure utilisés étaient adéquats et si la rigueur de l'expérimentation était suffisante.</p>
<p><u>Evaluation de la satisfaction</u></p>	<p>La satisfaction des participants à l'étude est évaluée</p>	<p>Pas d'évaluation</p>	<p>Renforce la qualité méthodologique de l'étude.</p>

Annexe VI: Grille d'analyse méthodologique des articles qualitatifs

Construite à partir de Source: British Sociology Association Medical Sociology Group 1996 cited in Seale C. (1999). *The quality of qualitative research*. Sage Publications, London, p.189-192.

- I. Les méthodes de recherche sont-elles appropriées à la nature de la question posée ?
 - 1) La recherche cherche-t-elle à comprendre le processus ou à illuminer les expériences ou significations ?
 - 2) Les catégories ou groupes examinés ont-ils pu être présélectionnés ou les possibles issues spécifiées par avance ?
 - 3) Une approche quantitative aurait-elle été plus adaptée à l'issue ?

- II. Est-ce qu'il existe un rapport avec un corpus de connaissances ou de théories claires ?
 - 1) Y-a-t-il des références adéquates à la littérature ?
 - 2) Le travail est cohérent avec la théorie ou critique envers celle-ci ?

- III. Existe-t-il des comptes rendus clairs concernant les critères utilisés pour la sélection des sujets de l'étude, pour la collecte des données et pour l'analyse ?

- IV. Est-ce que la sélection des cas ou des participants est théoriquement justifiée ?
 - 1) L'unité de recherche peut être : les gens, les évènements, les institutions, les échantillons de comportement, les conversations, le matériel écrit etc. Dans tous les cas est-il énoncé clairement à quelle population l'échantillon se réfère ?
 - 2) Les unités inhabituelles sont-elles prises-en-compte?

- V. La sensibilité des méthodes correspond aux besoins de la question de recherche ?
 - 1) La méthode respecte les implications d'une approche qui respecte les perceptions des questions étudiées ?
 - 2) Dans quelle mesure les définitions ou ordres sont pris pour acquis, plutôt que de les critiquer ou de les examiner ouvertement ?
 - 3) Est-ce que les limites des méthodes d'entretien sont prises en considération ?

VI. Est-ce que la relation entre les chercheurs et les sujets étudiés a été prise en considération, et existe-t-il une preuve que la recherche ai été présentée et expliquée à ces sujets ?

1) Si plus d'un chercheur a été impliqué est-ce-que la comparabilité a été prise en compte ?

2) Existe-t-il une preuve de la façon dont les sujets ont perçu l'étude ?

VII. Est-ce que la collecte des données et la tenue des dossiers était systématique ?

1) Est-ce que les rapports étaient gardés avec prudence ?

VIII. Est-il fait référence aux procédures utilisées pour l'analyse ?

1) La façon dont l'analyse a été réalisée est-elle claire ? (on doit s'attendre à la répétition détaillée de l'exécution des procédures)

IX. Comment est la systématique de l'analyse ?

1) Quelles étapes ont été utilisées pour se prémunir contre la sélectivité dans l'utilisation des données ?

2) Dans les études avec des individus est-il clair qu'il n'y a pas eu de sélection de quelques cas et ignorance des cas les moins intéressants ? Dans les recherches de groupes tous les avis sont pris en compte ?

X. Y-a-t-il une discussion adéquate concernant quels thèmes, concepts et catégories ont été tirés des données ?

1) Il est parfois inévitable que des données extérieures ou des catégories descriptives prédéterminées soient utilisées, mais sont-elles examinées pour leur réelle signification ou toute possible ambiguïté ?

XI. Existe-t-il une discussion adéquate concernant la preuve des pour et des contre des arguments du chercheur ?

1) Des données négatives sont émises ? Y-a-t-il eu une recherche de cas pouvant réfuter les conclusions ?

XII. Des mesures ont-elles été prises pour tester la validité des résultats ?

1) Par exemple, des méthodes comme la retransmission aux personnes interrogées, la triangulation ou des procédures comme la théorie fondée ont-elles été utilisées ?

XIII. Des étapes ont-elles été réalisées pour voir si l'analyse était compréhensible aux participants, si ceci est possible et pertinent ?

1) Est-ce que la signification des résultats a été explorée avec les personnes interrogées ? Est-ce que les anomalies ou contradictions apparentes ont été discutées avec eux, au lieu de faire des suppositions ?

XIV. La recherche est-elle clairement contextualisée ?

1) Est-ce que toutes les informations pertinentes concernant le cadre et le sujet ont été fournies ?

2) Les variables sont-elles étudiées et intégrées dans leur contexte social plutôt que de façon abstraite et décontextualisées ?

XV. Les données sont-elles systématiquement présentées ?

1) Est-ce que les citations et notes de terrain sont identifiées de sorte que le lecteur peut juger le niveau de preuve utilisé ?

XVI. Une distinction claire est-elle faite entre les données et leur interprétation ?

1) Est-ce que les conclusions découlent bien des données ? (il devrait être noté que les phases de recherche - collecte des données, analyse, discussion – ne sont habituellement pas séparées et que les articles ne suivent pas nécessairement le modèle quantitatif des méthodes, résultats et discussion).

XVII. La preuve originale présentée est-elle suffisante pour satisfaire le lecteur concernant la relation entre les preuves et les conclusions ?

1) Bien que la présentation de données discursives nécessitent plus d'espace que des données, est-ce que l'article arrive à être aussi concis que possible ?

XVIII. La position personnelle de l'auteur est-elle clairement exposée ?

1) La perspective du chercheur est-elle décrite ?

2) Le chercheur examine-t-il son propre rôle, les possibles biais et son influence sur la recherche ?

XIX. Les résultats sont-ils crédibles et appropriés ?

- 1) Est-ce que les chercheurs traitent la ou les questions de recherche ?
- 2) Les résultats sont plausibles et cohérents ?
- 3) Les résultats sont-ils importants, de façon théorique ou pratique, ou insignifiants ?

XX. Les enjeux éthiques sont-ils bien pris en compte ?

- 1) La question de la confidentialité (souvent difficile dans le travail qualitatif) a été traitée de façon adéquate ?
- 2) Les conséquences de la recherche (incluant l'établissement des relations entre les sujets, les attentes, le changement de comportement etc.) ont été prises en compte ?

Annexe VII : Tableau d'analyse méthodologique de l'étude n°1

Titre de l'étude : Clinical investigation on the use of acupuncture for treatment of placental retention			
Critères d'Analyse critique	Points positifs	Points négatif	Interprétation
Type d'étude : la forme de l'étude est-elle adéquate ?	Etude rétrospective non randomisée		
Objectifs : les objectifs sont-ils clairement exprimés ? les conclusions concernent-elles des objectifs précis ?	OUI. Il s'agit d'évaluer l'efficacité de l'acupuncture dans la prise en charge de la rétention placentaire. Les conclusions sont en lien avec l'objectif.		
Données concernant les auteurs	Médecins		
Echantillon : La taille de l'échantillon est-elle clairement exprimée ? de taille suffisante ? Le calcul de l'échantillon est-il explicite ? Y a-t-il eu un biais dans la sélection de l'échantillon ? Le choix de l'échantillon et ses caractéristiques sont-ils explicités et discutés ? population particulière ? Le choix de l'échantillon est-il pertinent par rapport à la population générale ?	OUI : 75 patients avec une rétention placentaire après un AVB à terme > 37 SA. Il s'agit de grossesse unique entre 37 et 42 SA. 73 % entre 37-40 SA et 27% après 40 SA. Ont été exclus de l'étude les grossesses multiples et les naissances prématurées. Une patiente présentant un fibrome et des douleurs a été provoquée. Le choix de l'échantillon est explicite mais peu de détails sont donnés sur le lieu de sélection et l'origine des personnes sélectionnées. Celui-ci paraît pertinent	Le calcul de l'échantillon n'est pas explicite. L'échantillon étant plutôt restreint peut se voir insuffisant pour arriver à des conclusions significatives. Le moyen et le lieu de sélection n'est pas décrit.	Les patientes retirées de l'étude l'ont été pour des motifs compréhensibles (grossesses multiples, naissance prématurées.) Peut-être un biais dans le fait que la délivrance chez une multipare est différente de chez une primipare, plus de risques de pathologies sont décrits.
Ethique : Y a-t-il eu un consentement de la population ?	Un formulaire de consentement a été remis à chaque patiente participant à l'étude.	Il ne fait pas mention dans l'article d'un accord d'une commission d'éthique.	

<p>Y a-t-il eu un accord d'une commission d'éthique ? Retrouve-t-on une intégrité, des nuances, la prise en compte de données contradictoires, la transdisciplinarité ?</p>		<p>Les auteurs sont conscients qu'ils ne peuvent pas confronter leurs données à d'autres recherches sur le thème et donc pas prendre en compte des données contradictoires. Peu de nuance dans leurs résultats. Les auteurs ne prennent pas en compte la valeur de l'article en fonction de la hiérarchie de l'EBM, mais également les imperfections au niveau méthodologique.</p>	
<p>Méthode statistique : Les méthodes statistiques ont-elles été explicitées ? Les chiffres s'additionnent-ils ? La signification statistique a-t-elle été évaluée ? valeur « p », IC ?</p>	<p>Des tableaux regroupent les résultats de l'étude en fonction des issues primaires, les chiffres s'additionnent, il s'agit de pourcentage de la durée de la troisième phase, le temps après l'administration de l'acupuncture pour que le placenta se décolle, des complications pour les deux techniques ou encore des points d'acupuncture utilisés et de la durée de leur action. la méthode est cohérente</p>	<p>Les méthodes statistiques ne sont pas clairement explicitées La signification statistique n'a pas été évaluée selon l'intervalle de confiance ou le risque relatif</p>	
<p>Qualité des observations : Les observations sont-elles vraisemblablement valables et fiables ? Les méthodes de mesures sont-elles explicites et objectives ? Standardisation : l'intervention a-t-elle été pratiquée de la même manière ? La qualité de l'intervention a-t-elle</p>	<p>Le tableau 4 recense les points utilisés en lien avec le nombre de femmes ayant reçu cette thérapeutique. Le tableau 5 expose lui les observations des chercheurs mettent en lien les points d'acupuncture avec le délai d'action et d'efficacité. Ces observations faites rétrospectivement, donnent des indications valables et fiables sur les</p>	<p>Pas de standardisation, deux acupoints ont été utilisés BL-67 et CV-3 parfois employés isolément chacun ou les deux ensemble. La qualité de l'intervention a été assurée par des médecins ayant reçu une démonstration des points.</p>	<p>On ne nous indique pas si les médecins sont des acupuncteurs formés ayant de l'expérience dans cette pratique.</p>

<p>été assurée ? Une mesure d'enseignement a-t-elle été nécessaire ?</p>	<p>issues déterminées. Les auteurs exposent la procédure d'acupuncture : utilisation d'aiguilles stériles à usage unique, point d'acupuncture traités sont le BL-67 bilatéralement avec des aiguilles enfoncée obliquement profondément et le point CV-3 inséré perpendiculairement à une profondeur de 1,0-2,0 <i>cun</i>. Aiguilles manipulés jusqu'à ce que le « qi » soit détecté. La méthode de mesure qui est le décollement du placenta est objective.</p>		
<p><u>Randomisation, standardisation :</u> Les participants étaient-ils alloués au hasard, randomisés ? Le groupe d'allocation pouvaient-il être connu avant l'inclusion ?</p>	<p>La randomisation a été faite sur la base de la disponibilité du médecin qui pourrait faire l'acupuncture. En effet il y avait la présence de 4 médecins différents (réduisant ainsi le biais individuel), la technique a été enseignée rapidement afin qu'ils puissent la répéter après une démonstration</p>	<p>Non les patientes n'étaient pas randomisées Oui il y a donc un biais dans la sélection</p>	<p>Les auteurs présentent leur recherche comme une étude non randomisée et pourtant dans leur méthodes ils expliquent avoir basé leur randomisation sur la disponibilité du médecin réalisant l'acupuncture il y a une confusion pouvant perturber la compréhension du lecteur.</p>
<p><u>Mise en aveugle et intention de traiter :</u> Les participants et le clinicien étaient-ils aveugles quant au traitement ? L'intention de traiter a-t-elle été respectée ?</p>		<p>Pas de mise en aveugle</p>	

<p><u>Événements inattendus :</u> Y a-t-il eu des événements inattendus pendant l'étude (données manquantes, défaut de compliance ?</p>	<p>Il n'y a pas eu d'événements inattendus pendant l'étude, les patientes ont été compliantes</p>		
<p><u>Issues :</u> les issues primaires sont-elles mentionnées.</p>	<p>Les issues primaires sont mentionnées. Il s'agit d'évaluer l'expulsion ou non du placenta dans les 20 minutes suivant le traitement d'acupuncture. En prenant en compte l'utilisation de un ou deux points d'acupuncture</p>		
<p><u>Variables socioculturelles :</u> Les variables socioculturelles ont-elles été prises en compte ?</p>		<p>Les variables socioculturelles n'ont pas été prises en compte.</p>	
<p><u>Recherches et références :</u> L'étude fait-elle une différence entre ses résultats et ceux d'études précédentes ? Y a-t-il eu une recherche systématique des études traitant du même thème ? Y a-t-il eu une prise en compte d'éventuelles données contradictoires ?</p>	<p>Les auteurs indiquent qu'il y a un manque de données comparatives pour cette étude. Ils expliquent également les difficultés à mener des recherches de qualité notamment à cause de la difficulté concernant la mise en aveugle avec des procédures d'acupuncture.</p>	<p>En fin d'article les auteurs mentionnent qu'à leur connaissance il n'existe pas d'autre article occidental traitant de l'acupuncture dans la rétention placentaire. Il n'y a donc pas de référence à des résultats d'étude précédente. Il n'y a pas non plus de prise en compte de données contradictoires.</p>	
<p><u>Résultat de l'étude</u></p>	<p>Les auteurs expliquent que l'utilisation du point BL-67 en bilatéral seul a donné 40 % de réussite. Si le placenta n'est pas décollé dans les 2-3 min les chercheurs ajoutent un second point le CV-3, il a été nécessaire de l'ajouter dans 51,9 % des cas. Ils expliquent</p>		<p>Les auteurs relèvent le besoin d'une étude multicentrique randomisée avec un plus grand échantillon afin de pouvoir prouver l'efficacité de l'acupuncture dans le traitement de la rétention placentaire.</p>

	<p>également que 62 % des femmes ayant reçu le point BL-67 seul ont répondu dans les 5 premières minutes. Le point CV-3 seul a été utilisé chez 3 femmes choisis au hasard, le placenta a été délivré dans les 5 minutes mais les auteurs n'en tire pas de conclusion car ils estiment l'échantillon trop faible et une inégalité du nombre de patient dans les groupes. Suite à ces résultats les auteurs ont concluent que l'acupuncture est une méthode efficace, simple et sûre dans la prise en charge des rétentions placentaires.</p>		
<p><u>Evaluation de la satisfaction</u></p>		<p>Pas d'évaluation de la satisfaction des patientes.</p>	

Annexe VIII : Tableau d'analyse méthodologique de l'étude n°2

Titre de l'étude : Clinical indications and perceived effectiveness of complementary and alternative medicine in departments of obstetrics in Germany : A questionnaire study			
Critères d'Analyse critique	Points positifs	Points négatif	Interprétation
Type d'étude : la forme de l'étude est-elle adéquate ?	Etude rétrospective non randomisée	Niveau de preuve 4	Faible niveau de preuve
Objectifs : les objectifs sont-ils clairement exprimés ? les conclusions concernent-elles des objectifs précis ?	Les objectifs de la recherche sont d'explorer les indications médicales pour utiliser les médecines complémentaires en obstétrique. Elle veut ainsi découvrir si il est justifié d'utiliser ces médecines en Allemagne. Ces objectifs précis sont repris dans les conclusions.		
Données concernant les auteurs	Ce sont 3 médecins travaillant dans deux départements différents (gynécologie-obstétrique et gynécologie-endocrinologie-oncologie)		
Echantillon : La taille de l'échantillon est-elle clairement exprimée ? de taille suffisante ? Le calcul de l'échantillon est-il explicite ? Y a-t-il eu un biais dans la sélection de l'échantillon ? Le choix de l'échantillon et ses caractéristiques sont-ils explicités et discutés ? population particulière ?	Nous savons que 187 départements ont reçus les questionnaires.	Nous ne savons pas clairement si les départements ont reçus plusieurs questionnaires ou non (si par exemple il y avait plusieurs praticiens de MC au sein du service) et donc combien il y a eu de questionnaires au total. Le calcul de l'échantillon n'est pas explicite. Choix de l'échantillon : Les critères pour trouver les départements sont	Il est décrit que la recherche est effectuée dans des départements d'obstétrique et que les questionnaires ont été envoyés aux responsables. L'étude voulant évaluer si les MC sont utilisées à juste titre en Allemagne nous pensons que l'échantillon se réfère aux départements et non aux praticiens y exerçant.

<p>Le choix de l'échantillon est-il pertinent par rapport à la population générale ?</p>		<p>bien explicités mais par contre ils ne disent pas pourquoi ils ont choisi cette région d'Allemagne. On sait qu'ils ont envoyé les questionnaires aux responsables mais pas comment ceux-ci choisissent les personnes du service qui vont y répondre.</p>	
<p><u>Ethique :</u> Y a-t-il eu un consentement de la population ? Y a-t-il eu un accord d'une commission d'éthique ? Retrouve-t-on une intégrité, des nuances, la prise en compte de données contradictoires, la transdisciplinarité ?</p>	<p>L'étude a été approuvée par un comité d'éthique (Justus-Liebig-University Giessen) et a eu un consentement écrit de ce comité. Nous avons même les dates des consentements. Il y a des nuances puisque des données négatives sont émises, comme par exemple les effets secondaires des MC restreignant leur utilisation ou la pratique de ces MC dans certains départements malgré le manque de preuve. Les auteurs énoncent les limites de leur recherche.</p>	<p>Il n'y a aucune preuve que la recherche ait été expliquée aux participants ni qu'ils aient donné leur consentement. Les auteurs utilisent beaucoup de données tirées de leur première étude faite au préalable de celle-ci. Par contre ils ne remettent pas en question sa validité ou ne nuancent pas ses propos.</p>	
<p><u>Méthode statistique :</u> Les méthodes statistiques ont-elles été explicitées ? Les chiffres s'additionnent-ils ? La signification statistique a-t-elle été évaluée ? valeur « p », IC ?</p>	<p>le logiciel SPSS (version 14.0) a été utilisé pour la gestion des données et l'analyse statistique. La statistique descriptive, corrélation bivariate de Spearman, la cross-tabulation et le test χ^2 de Pearson ont été utilisés pour l'analyse statistique. Les chiffres s'additionnent. Il y a le calcul de l'écart type et de la médiane dans les tableaux 2, 3 et 4. Un résultat a été calculé avec la</p>	<p>Des tableaux regroupent les résultats de l'étude mais pas de valeur p ou IC au sein de ceux-ci.</p>	

	valeur p et le coefficient de corrélation r.		
<p>Qualité des observations : Les observations sont-elles vraisemblablement valables et fiables ? Les méthodes de mesures sont-elles explicites et objectives ? Standardisation : l'intervention a-t-elle été pratiquée de la même manière ? La qualité de l'intervention a-t-elle été assurée ? Une mesure d'enseignement a-t-elle été nécessaire ?</p>	<p>Oui les observations sont valables et fiables et traitent la question de recherche et ses issues. Les méthodes de mesure (échelle numérique, scénarios...) sont explicites et objectives.</p>	<p>Il n'y a pas de standardisation : thérapies différentes (aromathérapie, acupuncture, homéopathie) et réalisées dans des hôpitaux différents pas des praticiens variés. Nous n'avons aucune information sur les méthodes d'administration de ces thérapies dans les différents centres. La qualité de l'intervention n'a pas été assurée puisque l'on peut voir dans les résultats que l'administration de ces médecines n'a été dispensée par du personnel qualifié que dans 45,6% des départements. Les mesures d'enseignements sont parfois prévues ou en cours mais n'ont pas été réalisées de façon préalable et spécifique pour cette étude.</p>	
<p>Randomisation, standardisation : Les participants étaient-ils alloués au hasard, randomisés ? Le groupe d'allocation pouvaient-il être connu avant l'inclusion ?</p>		<p>Pas de randomisation.</p>	<p>Mais il n'y a pas de preuve concernant la connaissance préalable des personnes ayant répondu aux questionnaires. On sait que les questionnaires ont été envoyés aux responsables des départements mais on voit dans le tableau 1 que ce ne sont pas forcément eux qui ont répondu.</p>

<p><u>Mise en aveugle et intention de traiter :</u> Les participants et le clinicien étaient-ils aveugles quant au traitement ? L'intention de traiter a-t-elle été respectée ?</p>		<p>Nous n'avons aucune information concernant l'administration et les méthodes utilisées pour prodiguer les MC, nous ne savons donc pas comment ont été informées ou non les patientes recevant ces médecines. Les cliniciens ne sont forcément pas aveugles puisqu'ils répondent aux questions concernant la thérapie qu'ils ont utilisée. Pas de notion sur l'intention de traiter.</p>	
<p><u>Evénements inattendus :</u> Y a-t-il eu des événements inattendus pendant l'étude (données manquantes, défaut de compliance ?)</p>	<p>Il ne semble pas y avoir eu d'évènements inattendus</p>		
<p><u>Issues :</u> les issues primaires sont-elles mentionnées.</p>	<p>Oui : l'étude veut évaluer s'il est justifié d'utiliser les MC en obstétrique en Allemagne</p>		
<p><u>Variables socioculturelles :</u> Les variables socioculturelles ont-elles été prises en compte ?</p>	<p>Les caractéristiques démographiques des hôpitaux et la formation des praticiens sont évaluées</p>	<p>Aucune donnée socio-culturelle en lien avec les patientes recevant les MC n'est prise en compte.</p>	
<p><u>Recherches et références :</u> L'étude fait-elle une différence entre ses résultats et ceux d'études précédentes ? Y a-t-il eu une recherche systématique des études traitant du même thème ? Y a-t-il eu une prise en compte d'éventuelles données contradictoires ?</p>	<p>L'article met en avant plusieurs références fiables, les cite correctement et les prend en compte.</p>	<p>Pas d'informations supplémentaires concernant la recherche de littérature scientifique, comme par exemple les bases de données utilisées.</p>	

<u>Résultat de l'étude</u>	Les résultats montrent qu'il n'est pas forcément justifié d'utiliser les MC dans les départements d'obstétrique en Allemagne.		
<u>Evaluation de la satisfaction</u>		Il n'y a pas d'évaluation de la satisfaction des personnes interrogées	

Annexe IX : Tableau d'analyse méthodologique de l'étude n°3

Titre de l'étude : Akupunktur zur Plazentalösung ? Eine prospektiv randomisierte Untersuchung			
Critères d'Analyse critique	Points positifs	Points négatif	Interprétation
Type d'étude : la forme de l'étude est-elle adéquate ?	Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé sous la forme d'une étude prospective, forme adaptée à l'étude des données récoltées.		Etude de niveau II b montrant
Objectifs : les objectifs sont-ils clairement exprimés ? les conclusions concernent-elles des objectifs précis ?	L'objectif de l'étude est clairement énoncé au début il s'agit de savoir s'il existe des preuves scientifiques que l'acupuncture peut accélérer le décollement placentaire après l'accouchement. Les conclusions répondent aux objectifs posés en début d'étude.		
Données concernant les auteurs	Nous savons que l'auteur principal est médecin dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Frankenberg. Concernant les autres auteurs nous savons qu'ils travaillent au sein des services de gynécologie-obstétrique, de chirurgie, de maternité, du centre pour la gynécologie ou encore de l'institut pour la médecine informatique et la biomathématique.	Nous ne connaissons pas les titres des autres auteurs.	Concernant l'auteur principal étant médecin il semble ne pas y avoir de conflit d'intérêt entre sa pratique et le sujet de l'étude. Cependant nous n'avons pas d'autre donnée sur les autres auteurs et il n'est donc pas possible d'exclure un possible conflit d'intérêt.
Echantillon : La taille de l'échantillon est-elle clairement exprimée ? de taille suffisante ? Le calcul de l'échantillon est-il	La taille de l'échantillon est clairement exprimée après la randomisation il est de 836 naissances recrutées au sein de 8 hôpitaux différents.	Le calcul de l'échantillon n'est pas explicite. Les cas exclus sont peu détaillés, en effet on sait que les auteurs ont exclus les protocoles incomplets	Les participants exclus de l'étude l'ont été pour des motifs compréhensibles, même si ceux-ci auraient pu être décrits plus précisément (nombre de participants exclus pour

<p>explicité ? Y a-t-il eu un biais dans la sélection de l'échantillon ? Le choix de l'échantillon et ses caractéristiques sont-ils explicités et discuté ? population particulière ? Le choix de l'échantillon est-il pertinent par rapport à la population générale ?</p>	<p>L'échantillon a été séparé en deux groupes l'un recevant l'acupuncture composé de 419 participants et le deuxième de 417 participants ne recevant pas d'acupuncture. La taille de l'échantillon est importante et les groupes sont équilibrés.</p>	<p>(mais on n'a pas de détails sur les éléments manquants), des situations complexes du post-partum nécessitant une intervention immédiate, les césariennes, ou encore les patientes ayant nécessité d'autres points d'acupuncture supplémentaires. Les caractéristiques de l'échantillon ne sont pas explicités clairement nous n'avons pas de notions sur le stade de grossesse, le déroulement de la grossesse, l'âge des participantes ou encore leur parité. Trop peu d'éléments sont spécifiés.</p>	<p>chaque motif détaillé)</p> <p>Le fait de connaître le nombre de participants dans chaque groupe et que celui-ci soit équitable donne de la crédibilité et de la valeur à l'échantillon cependant n'ayant pas d'informations complémentaires concernant l'échantillon il n'est pas possible de vérifier si les groupes sont similaires et si les participants de l'étude correspondent à notre population.</p>
<p><u>Ethique :</u> Y a-t-il eu un consentement de la population ? Y a-t-il eu un accord d'une commission d'éthique ? Retrouve-t-on une intégrité, des nuances, la prise en compte de données contradictoires, la transdisciplinarité ?</p>	<p>Les participants ont reçu une information détaillée de la procédure et on donnés leur consentement pour cette étude.</p> <p>Les auteurs confrontent leurs données avec d'autres études. Des études contradictoires sont prises en compte.</p>	<p>Nous ne savons pas si le consentement donné par les patientes est oral ou écrit.</p> <p>Les auteurs ne mentionnent pas l'accord d'un comité d'éthique.</p> <p>Pas de transdisciplinarité.</p>	
<p><u>Méthode statistique :</u> Les méthodes statistiques ont-elles été explicitées ? Les chiffres s'additionnent-ils ? La signification statistique a-t-elle été évaluée ? valeur « p », IC ?</p>	<p>Le protocole de l'étude est présenté en début d'article sous la forme d'un questionnaire. Différents éléments sont pris en compte comme l'administration d'ocytocine en post-partum immédiat ou non, la traction du cordon ou non, et les actions à 10, 20 et 30 minutes de post-partum en fonction du groupe.</p>	<p>Les méthodes statistiques ne sont pas explicitées, la signification statistique n'a pas été évaluée. Les tableaux sont peu détaillés et mélangent parfois des résultats avec peu de lien entre eux comme par exemple le tableau 1.</p>	

	<p>Deux tableaux regroupent les résultats de l'étude. Le premier tableau regroupe les principales conclusions de l'étude en fonction de chacun des 8 hôpitaux comme : les patientes ayant eu une péridurale, des opiacés pendant l'accouchement, utilisation d'ocytocine ou de methergine pendant le post-partum, la maturation cervicale par prostine, l'âge des participantes, le nombre de participante par hôpital. Le tableau 2 présente les résultats du groupe acupuncture contre celui n'ayant pas reçu d'acupuncture, par rapport à la durée de la délivrance du placenta, le nombre d'accouchement spontanée ou instrumentée.</p>		
<p>Qualité des observations : Les observations sont-elles vraisemblablement valables et fiables ? Les méthodes de mesures sont-elles explicites et objectives ? Standardisation : l'intervention a-t-elle été pratiquée de la même manière ? La qualité de l'intervention a-t-elle été assurée ? Une mesure d'enseignement a-t-elle été nécessaire ?</p>	<p>Toutes les observations sont répertoriées dans les deux tableaux. Le premier expose toutes les observations faites non mise en lien avec l'acupuncture. Alors que le deuxième tableau recense les observations en fonction des deux groupes établis lors de la randomisation. L'intervention qu'est l'acupuncture a toujours été pratiquée de la même manière avec le même point KI-16 et avec le même matériel. La qualité de l'intervention a donc été assurée.</p>	<p>Les observations autres que celle en lien avec l'acupuncture sont peu explicites et parfois difficile à comprendre. Nous n'avons aucune donnée sur le professionnel pratiquant l'intervention : formation, expérience. Pas de spécification de la durée de l'intervention.</p>	<p>Pas d'informations sur les conditions d'expérimentation ni sur la méthode d'observation.</p>

<p><u>Randomisation, standardisation :</u> Les participants étaient-ils alloués au hasard, randomisés ? Le groupe d'allocation pouvaient-il être connu avant l'inclusion ?</p>	<p>La randomisation a été effectuée après l'arrivée en salle de travail de la parturiente.</p>	<p>Aucun détail sur la méthode de randomisation n'est spécifié: enveloppes, ordinateur...</p>	<p>Un biais peut apparaître dans la sélection si la méthode de randomisation n'est pas fiable. Cela peut donc influencer les caractéristiques des groupes sélectionnés.</p>
<p><u>Mise en aveugle et intention de traiter :</u> Les participants et le clinicien étaient-ils aveugles quant au traitement ? L'intention de traiter a-t-elle été respectée ?</p>		<p>Aucune information concernant ces points.</p> <p>Les participantes sont informées sur l'étude avant sa randomisation mais pas de données sur sa mise en aveugle concernant le traitement donné.</p> <p>Les cliniciens avaient forcément connaissance du traitement donné puisqu'ils devaient appliquer une thérapie spécifique en fonction du groupe. Mais pas d'informations précises sur leur statut.</p> <p>Les auteurs n'ont pas signifié leur intention de traiter.</p>	
<p><u>Evénements inattendus :</u> Y a-t-il eu des événements inattendus pendant l'étude (données manquantes, défaut de compliance ?)</p>	<p>Pas d'événements inattendus pendant l'étude</p>		
<p><u>Issues :</u> les issues primaires sont-elles mentionnées.</p>	<p>Les issues primaires sont mentionnées</p>		

<p><u>Variables socioculturelles :</u> Les variables socioculturelles ont-elles été prises en compte ?</p>		<p>Les auteurs ne spécifient pas les variables socioculturelles des participants.</p>	<p>L'absence de ces variables est préjudiciable pour la qualité de l'étude car elle induit un facteur confondant.</p>
<p><u>Recherches et références :</u> L'étude fait-elle une différence entre ses résultats et ceux d'études précédentes ? Y a-t-il eu une recherche systématique des études traitant du même thème ? Y a-t-il eu une prise en compte d'éventuelles données contradictoires ?</p>	<p>Les auteurs prennent en compte d'autres études sur le même sujet et confrontent les données avec celles obtenues au cours de la recherche.</p> <p>Les auteurs parlent de recherches ayant amenées des conclusions différentes et réalise une critique des résultats présentés. Il y a donc prise en compte de données contradictoires Les sources bibliographiques sont citées.</p>	<p>Il n'y a pas eu de recherche systématique présenté dans l'article.</p>	
<p><u>Résultat de l'étude</u></p>	<p>Les auteurs exposent clairement les résultats de leur recherche et les discutent en se référant à d'autres études parues sur le même sujet. Pour eux après l'analyse des 836 naissances aucune des méthodes mentionnées dans cette étude ne conduit à une réelle accélération du décollement du placenta dans la troisième phase du travail. Et cela que ce soit par l'emploi seul de l'acupuncture ou associé à une autre thérapeutique.</p>		<p>Les auteurs estiment que l'utilisation de l'acupuncture en obstétrique et notamment pour faciliter la délivrance devrait être plus étudiée et surtout manque d'ECR de bonne qualité méthodologique.</p>
<p><u>Evaluation de la satisfaction</u></p>		<p>Il n'y pas d'évaluation de la satisfaction des participants.</p>	

Annexe X : Tableau d'analyse méthodologique de l'étude n°4

Titre de l'étude : Die Bedeutung der Akupunktur in der Plazentarperiode (Le rôle de l'acupuncture dans la troisième phase du travail)			
Critères d'Analyse critique	Points positifs	Points négatif	Interprétation
Type d'étude : la forme de l'étude est-elle adéquate ?	Etude prospective randomisée		
Objectifs : les objectifs sont-ils clairement exprimés ? les conclusions concernent-elles des objectifs précis ?	OUI. Il s'agit d'évaluer l'efficacité de l'acupuncture pour réduire l'hémorragie du post-partum et la durée de la délivrance		
Données concernant les auteurs	Médecins en maternité		
Echantillon : La taille de l'échantillon est-elle clairement exprimée ? de taille suffisante ? Le calcul de l'échantillon est-il explicite ? Y a-t-il eu un biais dans la sélection de l'échantillon ? Le choix de l'échantillon et ses caractéristiques sont-ils explicités et discutés ? population particulière ? Le choix de l'échantillon est-il pertinent par rapport à la population générale ?	Les critères d'éliminations de l'étude sont explicités : stimulation par ocytocine durant l'accouchement, grossesse multiple, poids supérieur à 100 kg, utérus myomateux, coagulopathies, âge inférieur à 18 ans et césarienne prévue. Seconds critères d'élimination : accouchement instrumenté, saignements massifs d'origine inconnue, durée de délivrance supérieure à 30 min. Les cas exclus sont bien détaillés : 20 femmes éliminées à cause des seconds critères.	Le calcul de l'échantillon n'est pas explicité et sa taille est peu importante (180 femmes puis 160 après cas exclus). L'échantillon étant plutôt restreint peut se voir insuffisant pour arriver à des conclusions significatives, montrant une différence. Aucun détail n'est donné sur l'échantillon choisi à part les critères d'élimination : nous ne savons pas s'il s'agit de femmes primipares, multipares ou l'âge gestationnel. Le lieu de sélection n'est pas décrit. A cause des cas exclus les groupes ne sont pas totalement homogènes.	Les patientes retirées de l'étude l'ont été pour des motifs compréhensibles. Le fait de ne pas avoir d'informations complémentaires concernant l'échantillon ne nous permet pas de vérifier si les groupes sont similaires et si les patientes de l'étude correspondent à notre population.
Ethique : Y a-t-il eu un consentement de la population ?	Chaque patiente a été informée et a donné son accord. Les auteurs étayant leurs données et	Nous ne savons pas si l'accord donné par les patientes est oral ou écrit. Les auteurs ne mentionnent pas	

<p>Y a-t-il eu un accord d'une commission d'éthique ? Retrouve-t-on une intégrité, des nuances, la prise en compte de données contradictoires, la transdisciplinarité ?</p>	<p>résultats avec d'autres études et prennent en compte des données contradictoires. Ils avancent leurs résultats avec nuances.</p>	<p>l'accord d'un comité d'éthique. Pas de transdisciplinarité. Les auteurs ne prennent pas en compte la valeur de l'article en fonction de la hiérarchie de l'EBM, ni les imperfections au niveau méthodologique.</p>	
<p>Méthode statistique : Les méthodes statistiques ont-elles été explicitées ? Les chiffres s'additionnent-ils ? La signification statistique a-t-elle été évaluée ? valeur « p », IC ?</p>	<p>Les méthodes sont explicitées : statistiques par test Mann-Whitney-U puis calcul des résultats avec SPSS version 9.0. Des tableaux regroupent les résultats de l'étude. Leurs calculs permettent d'avoir : les durées d'accouchements des femmes en fonction du groupe randomisé, en heure (tableau 1) ainsi que la durée des poussées selon les femmes, en minutes (tableau 2). Ils font ensuite une moyenne de ces durées. Le tableau 3 montre la moyenne de la durée de la délivrance pour ces femmes et les mesures de l'hémorragie (en g pour la directe et l'hémoglobine pour l'indirecte). Les chiffres s'additionnent la méthode est cohérente Il y a une valeur p dans les tableaux 2 et 3.</p>	<p>La signification statistique n'a pas été évaluée selon l'intervalle de confiance ou le risque relatif Les tableaux sont sommaires, c'est-à-dire que nous avons peu de résultats, peu détaillés.</p>	
<p>Qualité des observations : Les observations sont-elles vraisemblablement valables et fiables ? Les méthodes de mesures sont-elles</p>	<p>Les observations effectuées sont récapitulées dans le tableau 1 (durée de l'accouchement), le tableau 2 (durée de poussée) et le tableau 3 (durée de la délivrance et calcul de</p>	<p>Les chercheurs n'explicitent pas les observations effectuées : pas d'informations sur les conditions d'expérimentation ni sur la façon d'observation.</p>	<p>On ne nous indique pas si les médecins sont des acupuncteurs formés ayant de l'expérience dans cette pratique.</p>

<p>explicités et objectifs ? Standardisation : l'intervention a-t-elle été pratiquée de la même manière ? La qualité de l'intervention a-t-elle été assurée ? Une mesure d'enseignement a-t-elle été nécessaire ?</p>	<p>l'hémorragie directe et indirecte). Elles donnent des indications valables et fiables sur les issues déterminées en début d'étude. Les méthodes de mesure qui sont le décollement du placenta et l'hémorragie directe et indirecte sont objectives. L'étude dit que les procédures utilisées pour le détachement du placenta sont standardisées.</p>	<p>Nous ne pouvons pas juger de la qualité de l'intervention car nous n'avons pas de données sur la pratique concrète des interventions : nous ne savons pas réellement par qui elles ont été réalisées (« on a exécuté la thérapie ») et dans quelles conditions. Les interventions sont : après la naissance 3 UI d'ocytocine, ou 2 aiguilles au point Ni16 (KI-16) ou expectative, en fonction du groupe. Mais aucune information sur les techniques ou praticien.</p>	
<p>Randomisation, standardisation : Les participants étaient-ils alloués au hasard, randomisés ? Le groupe d'allocation pouvaient-il être connu avant l'inclusion ?</p>	<p>La randomisation a eu lieu après l'arrivée en salle de la parturiente.</p>	<p>Aucun détail sur la méthode de randomisation : on ne sait pas si c'est par enveloppes, ordinateur...</p>	<p>Il peut y avoir un biais dans la sélection si la méthode de randomisation n'est pas fiable et donc influencer les caractéristiques des groupes sélectionnés.</p>
<p>Mise en aveugle et intention de traiter : Les participants et le clinicien étaient-ils aveugles quant au traitement ? L'intention de traiter a-t-elle été respectée ?</p>		<p>Aucune information concernant ces points. Nous savons que la patiente a été renseignée sur l'étude avant sa randomisation mais pas de données sur sa mise en aveugle concernant le traitement donné. Les cliniciens avaient forcément connaissance du traitement donné puisqu'ils devaient appliquer une thérapie spécifique en fonction du groupe. Mais pas d'informations précises sur leur statut. Les auteurs n'ont pas signifié leur</p>	

		intention de traiter mais elle n'est pas respectée puisque 20 cas ont été exclus après randomisation.	
<u>Événements inattendus :</u> Y a-t-il eu des événements inattendus pendant l'étude (données manquantes, défaut de compliance ?)	Il n'y a pas eu d'événements inattendus pendant l'étude.		
<u>Issues :</u> les issues primaires sont-elles mentionnées.	Les issues primaires sont mentionnées		
<u>Variables socioculturelles :</u> Les variables socioculturelles ont-elles été prises en compte ?		Les variables socioculturelles n'ont pas été prises en compte. Et nous n'avons pas d'informations les concernant.	Cela affaibli la qualité méthodologique de l'étude et la fiabilité des résultats car induit un facteur confondant.
<u>Recherches et références :</u> L'étude fait-elle une différence entre ses résultats et ceux d'études précédentes ? Y a-t-il eu une recherche systématique des études traitant du même thème ? Y a-t-il eu une prise en compte d'éventuelles données contradictoires ?	Les auteurs font référence à plusieurs reprises à d'autres études, qui corroborent parfois leurs résultats et d'autres fois non. Ils prennent donc aussi en compte les données contradictoires. Les sources bibliographiques sont citées.	Mais il n'y a pas de preuve qu'une recherche systématique ait été réalisée (exemple : banques de données, phrases de recherche...).	
<u>Résultat de l'étude</u>	Les résultats sont explicités : Au vu des résultats il ne serait pas nécessaire de recourir à une assistance thérapeutique durant la délivrance (privilégier l'expectative). Mais lors d'accouchements longs on peut utiliser l'acupuncture au point		Les auteurs précisent que cette étude ne peut pas répondre quant à l'utilisation d'acupuncture lors d'accouchements très longs avec utilisation préalable d'ocytocine. Une autre étude prospective est en cours pour cette issue.

	Ni16 après la naissance à titre prophylactique (pour éviter l'hémorragie du post-partum).		
<u>Evaluation de la satisfaction</u>		Pas d'évaluation de la satisfaction des patientes.	

Annexe XI : Tableau d'analyse méthodologique de l'étude n°5

Midwifery managers' views about the use of complementary therapies in the maternity services
(Williams, J., Mitchell, M.)

<p>I. Les méthodes de recherche sont-elles appropriées à la nature de la question posée ?</p> <ol style="list-style-type: none">1) La recherche cherche-t-elle à comprendre le processus ou à illuminer les expériences ou significations ?2) Les catégories ou groupes examinés ont-ils pu être présélectionnés ou les possibles issues spécifiées par avance ?3) Une approche quantitative aurait-elle été plus adaptée à l'issue ?	<p>Oui cette recherche est appropriée aux questions posées</p> <ol style="list-style-type: none">1) La recherche veut mettre en avant le point de vue et ressentis des sages-femmes concernant les bénéfices contraintes et la promotion des médecines complémentaires (MC).2) Les sages-femmes ont été sélectionnées par avance par rapport à leur unité de travail et leurs connaissances vis-à-vis de ces MC.3) Cette recherche veut mettre en avant des événements du point de vue des personnes étudiées. Elle met l'accent sur les caractéristiques qui influencent le phénomène étudié grâce à une approche flexible (questions ouvertes) et répétitive (questionnaires). Ces paramètres correspondent donc totalement à une approche qualitative et non quantitative. Par exemple lors d'une approche quantitative les chercheurs souhaitent plutôt définir numériquement un échantillon ou généraliser les résultats de façon statistique, ce qui n'était pas le but de cette étude.
<p>II. Est-ce qu'il existe un rapport avec un corpus de connaissances ou de théories claires ?</p> <ol style="list-style-type: none">1) Y-a-t-il des références adéquates à la littérature ?2) Le travail est cohérent avec la théorie ou critique envers celle-ci ?	<p>L'article met en avant plusieurs références fiables mais aurait pu être plus complet, petit nombre de références.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Les références sont adaptées et citées correctement mais il y en a peu au vu de toutes les médecines complémentaires existantes.2) L'article prend en compte les références tout au long de l'écriture et appui ses résultats en regard d'études déjà réalisées.
<p>III. Existe-t-il des comptes rendus clairs concernant les critères utilisés pour la sélection des sujets de l'étude, pour la collecte des données et pour l'analyse ?</p>	<p>Quelques critères cités mais peu détaillés et manque d'informations complémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none">• Sélection : sages-femmes cadres et sages-femmes d'autres grades mais ayant toutes des connaissances sur le sujet. Nous ne savons pas ce que veut dire le terme « connaissances » pour cette recherche et comment ces connaissances ont été évaluées. Nous n'avons pas de données sur la formation des sages-femmes concernant les MC ni si leurs années d'expérience ou leur rôle dans le service a été pris en

	<p>compte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collecte : Courriers envoyés par la poste mais nous ne savons pas sur quelle période de l'année ni sur quelle durée (car les pratiques peuvent évoluer durant l'enquête). Nous ne savons pas non plus comment les questionnaires ont été récupérés. Nous n'avons pas d'informations concernant les personnes n'ayant pas renvoyés les questionnaires afin de savoir s'ils ont été relancés ou s'ils font partis des perdus de vus (donc incluant un biais). • Analyse : guideline Fielding (pour codage et analyse des informations qualitative d'enquête par questionnaire) utilisé. Les deux chercheurs ont vu les données séparément puis ensemble pour voir les thèmes communs. L'analyse et la critique ont aussi été réalisées avec un double processus. c'est-à-dire que les chercheurs ont à nouveau réalisé ces étapes séparément puis après en commun. Mais pas d'information supplémentaire sur la réalisation de l'analyse.
<p>IV. Est-ce que la sélection des cas ou des participants est théoriquement justifiée ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) L'unité de recherche peut être : les gens, les évènements, les institutions, les échantillons de comportement, les conversations, le matériel écrit etc. Dans tous les cas est-il énoncé clairement à quelle population l'échantillon se réfère ? 2) Les unités inhabituelles sont-elles prises-en-compte? 	<p>La sélection est justifiée mais nous n'avons que des éléments de base, il manque un complément d'information.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Il est décrit que la recherches est effectuée auprès des sages-femmes cadres des services de maternité en Angleterre. Mais uniquement ceux et celles qui connaissent le sujet des médecines complémentaires (pas plus de précisions). D'autres grades de sages-femmes ont aussi été interrogés car elles montraient un intérêt pour les MC mais nous n'avons pas de précision sur leur rôle. De plus il n'y a aucun détail concernant les MC. Ils englobent toutes les MC et font allusion à certaines d'entre elles (acupuncture, aromathérapie, massages, yoga...) mais sans préciser la thérapeutique, son utilisation et ses effets spécifiques. 2) Il n'y a pas d'unités inhabituelles dans cette recherche.
<p>V. La sensibilité des méthodes correspond aux besoins de la question de recherche ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La méthode respecte les implications d'une approche qui respecte les perceptions des questions étudiées ? 2) Dans quelle mesure les définitions ou 	<p>L'utilisation du questionnaire semble judicieuse par rapport aux thèmes de la recherche mais les méthodes ne sont que brièvement explicité dans cet article.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Les questionnaires permettent de répondre à des questions ouvertes et fermées et il y a un espace supplémentaire pour chaque question afin que la personne complète si elle le souhaite. Cela permet une approche qui vise à approfondir les questions étudiées.

<p>ordres sont pris pour acquis, plutôt que de les critiquer ou de les examiner ouvertement ?</p> <p>3) Est-ce que les limites des méthodes d'entretien sont prises en considération ?</p>	<p>2) Le questionnaire a été testé grâce à la participation de quatre sages-femmes cadre (non incluses dans la recherche) avant d'être distribué aux participants. Pas d'autre méthode pour évaluer ou critiquer le déroulement de la recherche.</p> <p>3) Les limites ne sont pas vraiment prises en compte. Ils expliquent juste brièvement pourquoi ils n'utilisent que 60 réponses sur les 211 questionnaires distribués.</p>
<p>VI. Est-ce que la relation entre les chercheurs et les sujets étudiés a été prise en considération, et existe-t-il une preuve que la recherche ai été présentée et expliquée à ces sujets ?</p> <p>1) Si plus d'un chercheur a été impliqué est-ce-que la comparabilité a été prise en compte ?</p> <p>2) Existe-t-il une preuve de la façon dont les sujets ont perçu l'étude ?</p>	<p>Il n'y a aucune preuve que la recherche ai été expliquée aux participants. Il n'y a pas non plus de preuve de leur consentement.</p> <p>1) Il y a deux chercheurs qui ont exploitées les données récoltées. Ils ont d'abord récolté les informations seuls puis ont travaillé ensuite en commun. La comparabilité ne semble pas avoir été prise en compte.</p> <p>2) Non il n'y a pas de retour sur le vécu des personnes interrogées ni leurs perceptions par rapport à cette étude.</p>
<p>VII. Est-ce que la collecte des données et la tenue des dossiers était systématique ?</p> <p>1) Est-ce que les rapports étaient gardés avec prudence ?</p>	<p>Très peu d'informations sur la collecte des questionnaires.</p> <p>1) Nous savons que les questionnaires ont été envoyés par courrier mais pas comment ils ont été renvoyés. Ils portent chacun un numéro mais étaient-ils anonymes ? Comment étaient-ils classés puis analysés ?</p>
<p>VIII. Est-il fait référence aux procédures utilisées pour l'analyse ?</p> <p>1) La façon dont l'analyse a été réalisée est-elle claire ? (on doit s'attendre à la répétition détaillée de l'exécution des procédures)</p>	<p>Les auteurs nous disent que l'analyse a été conduite sur la base du guideline Fielding (pour codage et analyse des informations qualitative d'enquête par questionnaire) et le fait que les chercheurs ont utilisé un processus d'analyse seul puis en commun.</p> <p>1) Pas d'autres informations sur la réalisation de l'analyse, les procédures ne sont pas plus détaillées. Lors de l'énoncé des résultats les auteurs ne font jamais allusion à nouveau aux procédures utilisées.</p>
<p>IX. Comment est la systématique de l'analyse ?</p> <p>1) Quelles étapes ont été utilisées pour se prémunir contre la sélectivité dans l'utilisation des données ?</p>	<p>Tous les avis ne sont pas pris en compte dans cette recherche.</p> <p>1) et 2) Les chercheurs ont gardés les questionnaires qui comportaient des informations qualitatives (67 sur 167 reçus). Puis ils n'ont gardé que ceux qui donnaient beaucoup d'informations concernant trois issues</p>

<p>2) Dans les études avec des individus est-il clair qu'il n'y a pas eu de sélection de quelques cas et ignorance des cas les moins intéressants ? dans les recherches de groupes tous les avis sont pris en compte ?</p>	<p>principales (bénéfices, contraintes et promotion des MC, soit 60 questionnaires). Cette méthode est clairement une façon de sélectionner les données. De ce fait ils ont ignoré les autres questionnaires qui étaient moins complets. Par ailleurs ils n'analysent pas le nombre de retour (167 sur 211 questionnaires distribués), qui est pourtant un bon taux (79,1%) et qui montre l'implication des sages-femmes concernant cette étude et les MC.</p>
<p>X. Y-a-t-il une discussion adéquate concernant quels thèmes, concepts et catégories ont été tirés des données ?</p> <p>1) Il est parfois inévitable que des données extérieures ou des catégories descriptives prédéterminées soient utilisées, mais sont-elles examinées pour leur réelle signification ou toute possible ambiguïté ?</p>	<p>Les auteurs décrivent longuement les résultats trouvés et détaillent les thèmes abordés en citant des exemples de réponses tirées des questionnaires. La signification de chaque thème est étudiée. Par contre ils ne disent pas le nombre de questionnaires qui sont en accord avec chaque thème : par exemple 54 sages-femmes pensent que les MC sont bénéfiques pour la normalité du travail...</p>
<p>XI. Existe-t-il une discussion adéquate concernant la preuve des pour et des contre des arguments du chercheur ?</p> <p>1) Des données négatives sont émises ? Y-a-t-il eu une recherche de cas pouvant réfuter les conclusions ?</p>	<p>Les auteurs appuient leurs résultats sur des données de précédentes études pour confirmer leurs preuves. Un seul point de l'article est remis en question car aucune étude ne le corrobore : les attitudes défavorables du personnel médical et des services financiers envers l'utilisation des MC en service de maternité. Il n'y a pas de recherche de cas pouvant réfuter les conclusions.</p>
<p>XII. Des mesures ont-elles été prises pour tester la validité des résultats ?</p> <p>1) Par exemple, des méthodes comme la retransmission aux personnes interrogées, la triangulation ou des procédures comme la théorie fondée ont-elles été utilisées ?</p>	<p>Aucune mesure n'a été prise pour tester la validité des résultats. Ou du moins nous n'avons aucun élément écrit pouvant nous faire penser que les chercheurs ont mis en place de telles procédures.</p>
<p>XIII. Des étapes ont-elles été réalisées pour voir si l'analyse était compréhensible aux participants, si ceci est possible et pertinent ?</p> <p>1) Est-ce que la signification des résultats a été explorée avec les personnes interrogées ? Est-ce que les anomalies ou</p>	<p>Les données récoltées des questionnaires ont été analysées par les chercheurs mais n'ont pas ensuite été soumises à l'avis des participants. Il ne semble pas qu'il y ait eu des données contradictoires car les auteurs démontrent que les sages-femmes ont le même point de vue sur les différents thèmes abordés. Y-avait-t-il des contradictions avec les questionnaires non utilisés ?</p>

<p>contradictions apparentes ont été discutées avec eux, au lieu de faire des suppositions ?</p>	
<p>XIV. La recherche est-elle clairement contextualisée ?</p> <p>1) Est-ce que toutes les informations pertinentes concernant le cadre et le sujet ont été fournies ?</p> <p>2) Les variables sont-elles étudiées et intégrées dans leur contexte social plutôt que de façon abstraite et décontextualisées ?</p>	<p>Oui la recherche est contextualisée mais pourrait être plus détaillée avec les éléments nommés ci-dessous :</p> <p>1) Le lieu est bien décrit mais il nous manque des détails concernant les personnes interrogées ainsi que sur la temporalité de l'étude (décrit plus haut dans le tableau à l'item III et IV). Les thèmes abordés et question de recherche sont bien explicités au début de l'article.</p> <p>2) Les variables et résultats sont bien ancrés dans le contexte : utilisation des MC dans les services de maternité, par les sages-femmes, prise en compte de l'interdisciplinarité et des femmes bénéficiant de ces MC.</p>
<p>XV. Les données sont-elles systématiquement présentées ?</p> <p>1) Est-ce que les citations et notes de terrain sont identifiées de sorte que le lecteur peut juger le niveau de preuve utilisé ?</p>	<p>A chaque fois les auteurs mettent des exemples de réponses issues des questionnaires pour appuyer leurs arguments (citations directes). Il n'est pas possible d'avoir les notes des 60 questionnaires dans un article.</p>
<p>XVI. Une distinction claire est-elle faite entre les données et leur interprétation ?</p> <p>1) Est-ce que les conclusions découlent bien des données ? (il devrait être noté que les phases de recherche - collecte des données, analyse, discussion - ne sont habituellement pas séparées et que les articles ne suivent pas nécessairement le modèle quantitatif des méthodes, résultats et discussion).</p>	<p>Oui les conclusions découlent bien des données puisque les chercheurs ont utilisé les questionnaires qui détaillaient les trois thèmes analysés et qui donnaient des réponses qualitatives.</p> <p>Pas de note concernant la séparation des phases de recherche.</p>
<p>XVII. La preuve originale présentée est-elle suffisante pour satisfaire le lecteur concernant la relation entre les preuves et les conclusions ?</p> <p>1) Bien que la présentation de données</p>	<p>Oui les preuves sont suffisantes pour faire la relation entre les données et les conclusions.</p> <p>1) L'article est concis : il démontre l'émergence de trois thèmes principaux (avec des sous-thèmes chacun) et les détaille successivement mais de façon suffisante et succincte.</p>

<p>discursives (déductives) nécessitent plus d'espace que des données numériques, est-ce que l'article arrive à être aussi concis que possible ?</p>	
<p>XVIII. La position personnelle de l'auteur est-elle clairement exposée ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La perspective du chercheur est-elle décrite ? 2) Le chercheur examine-t-il son propre rôle, les possibles biais et son influence sur la recherche ? 	<p>La position est décrite en début de travail mais n'est pas analysée ni détaillée dans la suite de l'article.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La perspective des auteurs est énoncée en début de travail car ils décrivent la nécessité d'une telle recherche et l'état actuel des MC mais par la suite ils n'y font plus référence. 2) Ils n'examinent pas du tout leur rôle dans l'étude ni leur influence sur la recherche.
<p>XIV. Les résultats sont-ils crédibles et appropriés ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Est-ce que les chercheurs traitent la ou les questions de recherche ? 2) Les résultats sont plausibles et cohérents ? 3) Les résultats sont-ils importants, de façon théorique ou pratique, ou insignifiants ? 	<p>Oui les résultats sont crédibles et appropriés aux questions posées.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Les chercheurs avaient comme question de recherche : indiquer le point de vue et perceptions des sages-femmes en service de maternité anglais concernant les bénéfiques, contraintes et la promotion des médecines complémentaires. Ils répondent totalement à ces questions puisque les questionnaires sélectionnés donnent des informations concernant ces trois thèmes. 2) Les résultats sont plausibles et cohérents car ils sont partagés par toutes les personnes interrogées et corroborés par des données d'autres études. Les résultats correspondent aussi aux suppositions que l'on peut faire concernant les MC en tant que sage-femme. 3) Les résultats ne changent pas notre vision et ne bouleversent pas nos pratiques car ils ne sont pas choquants ou complètement nouveaux. Cependant ils sont utiles car ils peuvent soutenir la vision des sages-femmes qui souhaitent instaurer l'utilisation des MC en service de maternité. Cette enquête peut donc être utile à notre pratique.
<p>XX. Les enjeux éthiques sont-ils bien pris en compte ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La question de la confidentialité (souvent difficile dans le travail qualitatif) a été traitée de façon adéquate ? 2) Les conséquences de la recherche (incluant l'établissement des relations 	<p>L'étude a été validée par un comité d'éthique (Central Office for Research Ethics Committees - COREC -) et des comités locaux. Les auteurs ne font pas de critique éthique sur leur recherche.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Non nous n'avons pas d'information concernant la confidentialité, par exemple : questionnaires anonymes ? Retours des questionnaires de façon

entre les sujets, les attentes, le changement de comportement etc.) ont été prises en compte ?

confidentielle ou par mail avec l'en-tête du service ?

- 2) Les auteurs utilisent les résultats de la recherche pour montrer ce qui devrait être changé ou appliqué dans les services de maternité pour promouvoir l'utilisation des MC : les bénéfices liés à ces médecines sont un point fort pour favoriser leur expansion, nécessité d'avoir un comité de développement, faire reconnaître les bénéfices des MC et en faire une application formelle notamment pour la qualité et la rentabilité des services. Il n'y a pas de données sur les conséquences concernant les personnes interrogées ou leurs attentes.

Annexe XII : Tableau d'analyse méthodologique de l'étude n°6

A national survey of how acupuncture is currently used in midwifery care at Swedish maternity units.
(Martensson, L., Kvist, L-J. & Hermansson, E.)

<p>I. Les méthodes de recherche sont-elles appropriées à la nature de la question posée ?</p> <p>1) La recherche cherche-t-elle à comprendre le processus ou à illuminer les expériences ou significations ?</p> <p>2) Les catégories ou groupes examinés ont-ils pu être présélectionnés ou les possibles issues spécifiées par avance ?</p> <p>3) Une approche quantitative aurait-elle été plus adaptée à l'issue ?</p>	<p>Oui cette recherche est appropriée aux questions posées</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La recherche veut mettre en avant les indications d'utilisation de l'acupuncture dans les soins prodigués par les sages-femmes en Suède et examine les critères et les exigences choisies pour l'achat de programmes de formation en acupuncture. 2) Les sages-femmes qui ont été sélectionnées sont les sages-femmes responsables de 45 unités de maternité à travers la Suède. 3) Cette recherche mets en avant l'étude de comportement et de motivation d'un groupe restreint d'individus en utilisant un questionnaire comprenant des questions ouvertes. Cette technique permettant d'obtenir des réponses approfondies sur l'emploi de l'acupuncture en unité de maternité par les sages-femmes et le besoin de formation. Ainsi les auteurs demandent les avis des participants concernant les sujets sondés. Cette approche est donc plus adaptée à une étude qualitative qu'à une approche quantitative.
<p>II. Est-ce qu'il existe un rapport avec un corpus de connaissances ou de théories claires ?</p> <p>1) Y-a-t-il des références adéquates à la littérature ?</p> <p>2) Le travail est cohérent avec la théorie ou critique envers celle-ci ?</p>	<p>L'article met en avant plusieurs références fiables</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Les références sont adaptées et citées correctement et en nombre très satisfaisant (40) illustrant chaque donnée récoltée. 2) Les auteurs prennent en compte les références tout au long de l'écriture et appuient leurs résultats en regard d'études déjà réalisées. Ils amènent aussi des thèmes à explorer en regard du manque de recherches trouvées.
<p>III. Existe-t-il des comptes rendus clairs concernant les critères utilisés pour la sélection des sujets de l'étude, pour la collecte des données et pour l'analyse ?</p>	<p>Quelques critères cités mais peu détaillés et manque d'informations complémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sélection : Nous savons que les questionnaires sont adressés aux sages-femmes cadre des unités de maternité. Mais nous n'avons pas plus de précision sur leur sélection. • Collecte : Il s'agit d'un questionnaire, élaboré spécialement pour cette étude, envoyé par la poste. Celui-ci a été mis à l'essai auprès de 10 sages-femmes

	<p>dans des unités de maternité. La version finale comprend 17 questions dont 3 questions ouvertes. Les questions portent sur l'utilisation de l'acupuncture et l'achat de programmes de formation en acupuncture pour le personnel. Les données ont été recueillies entre Août 2007 et Novembre 2007. Deux rappels ont été envoyés aux participants en Septembre et Octobre 2007. Sur les 50 questionnaires envoyés 45 ont été remplis et retournés (90%), seulement nous n'avons pas d'information sur les 5 non renvoyés à savoir si ils font partis des perdu de vue, présentant ainsi un biais.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyse : Les informations obtenues à partir des questions ouvertes ont été soumises à une méthode d'analyse de contenu en réduisant les contenus et en les organisant en catégories par thèmes. Les auteurs utilisent également des statistiques descriptives incluant des fréquences, des déviations standard ainsi que des pourcentages. Mais pas d'information supplémentaire sur la réalisation de l'analyse.
<p>IV. Est-ce que la sélection des cas ou des participants est théoriquement justifiée ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) L'unité de recherche peut être : les gens, les événements, les institutions, les échantillons de comportement, les conversations, le matériel écrit etc. Dans tous les cas est-il énoncé clairement à quelle population l'échantillon se réfère ? 2) Les unités inhabituelles sont-elles prises-en-compte? 	<p>La sélection est justifiée mais nous n'avons que des éléments de base, il manque un complément d'information.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Il est simplement décrit que la recherche est effectuée auprès des sages-femmes cadres des services de maternité en Suède. Les auteurs justifient ce choix par le deuxième but de leur recherche qui est de connaître les besoins en terme de programme de formation sur l'acupuncture. Ainsi ils s'adressent aux personnes pouvant répondre à leurs questions comme celles abordant le budget de formation ou encore les besoins en formation de l'unité. 2) Il n'y a pas d'unités inhabituelles dans cette recherche.
<p>V. La sensibilité des méthodes correspond aux besoins de la question de recherche ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La méthode respecte les implications d'une approche qui respecte les perceptions des questions étudiées ? 2) Dans quelle mesure les définitions ou ordres sont pris pour acquis, plutôt que de les critiquer ou de les examiner ouvertement ? 	<p>L'utilisation du questionnaire semble judicieuse par rapport aux thèmes de la recherche mais les méthodes ne sont que brièvement explicité dans cet article.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Les questionnaires permettent de répondre à des questions ouvertes et fermées et il y a un espace supplémentaire pour chaque question afin que la personne complète si elle le souhaite. Cela permet une approche qui vise à approfondir les questions étudiées. 2) Le questionnaire a été testé grâce à la participation de dix sages-femmes cadre (non incluses dans la recherche) avant d'être distribué aux participants. Pas

<p>3) Est-ce que les limites des méthodes d'entretien sont prises en considération ?</p>	<p>d'autre méthode pour évaluer ou critiquer le déroulement de la recherche.</p> <p>3) Les limites ne sont pas prises en compte.</p>
<p>VI. Est-ce que la relation entre les chercheurs et les sujets étudiés a été prise en considération, et existe-t-il une preuve que la recherche ai été présentée et expliquée à ces sujets ?</p> <p>1) Si plus d'un chercheur a été impliqué est-ce-que la comparabilité a été prise en compte ?</p> <p>2) Existe-t-il une preuve de la façon dont les sujets ont perçu l'étude ?</p>	<p>Concernant cette recherche, selon la loi suédoise, un permis éthique n'était pas nécessaire pour ce type d'étude. L'autorisation de procéder à cette étude a été donnée par le directeur du département clinique. Tous les participants ont donné leur consentement éclairé, conformément à la Déclaration d'Helsinki assurant la liberté à chaque participant de se retirer de l'étude à tout moment. Il n'y a donc pas de preuve clairement que la recherche ai été expliquée aux participants, cependant il y a une preuve de leur consentement.</p> <p>1) Il n'y a pas de spécification sur le nombre de chercheurs qui ont exploitées les données récoltées. Il n'y a pas non plus d'information sur leur rôle ou posture ou situation professionnelle permettant de les comparer.</p> <p>2) Non il n'y a pas de retour sur le vécu des personnes interrogées ni leurs perceptions par rapport à cette étude.</p>
<p>VII. Est-ce que la collecte des données et la tenue des dossiers était systématique ?</p> <p>1) Est-ce que les rapports étaient gardés avec prudence ?</p>	<p>Très peu d'informations sur la collecte des questionnaires.</p> <p>1) Nous savons que les questionnaires ont été envoyés par la poste mais pas comment ils ont été renvoyés. Nous n'avons pas non plus de notion sur l'anonymisation des questionnaires ainsi que sur la façon dont ils ont étaient classés et analysés. Les chercheurs décrivent dans l'analyse les thèmes abordés dans les questionnaires sans détailler chaque question. Nous n'avons cependant pas de précisions sur le compte-rendu des questionnaires.</p>
<p>VIII. Est-il fait référence aux procédures utilisées pour l'analyse ?</p> <p>1) La façon dont l'analyse a été réalisée est-elle claire ? (on doit s'attendre à la répétition détaillée de l'exécution des procédures)</p>	<p>Les auteurs nous disent que les informations obtenues à partir des questions ouvertes ont été soumises à une méthode d'analyse de contenu en réduisant les contenus et en les organisant en catégories par thèmes. Les auteurs utilisent également des statistiques descriptives incluant des fréquences, des déviations standard ainsi que des pourcentages.</p> <p>1) Pas d'autres informations sur la réalisation de l'analyse, les procédures ne sont pas plus détaillées. Lors de l'énoncé des résultats les auteurs ne font jamais allusion à nouveau aux procédures utilisées.</p>

<p>IX. Comment est la systématique de l'analyse ?</p> <p>1) Quelles étapes ont été utilisées pour se prémunir contre la sélectivité dans l'utilisation des données ?</p> <p>2) Dans les études avec des individus est-il clair qu'il n'y a pas eu de sélection de quelques cas et ignorance des cas les moins intéressants ? dans les recherches de groupes tous les avis sont pris en compte ?</p>	<p>Tous les avis sont pris en compte dans cette recherche.</p> <p>1) et 2) Les chercheurs ont utilisés les données recueillies dans les 45 questionnaires renvoyés ils n'ont pas exclu de questionnaires et n'ont donc pas sélectionné les données. Le taux de retour des questionnaires dûment remplis témoigne de l'implication des sages-femmes concernant cette étude. Par ailleurs tous les avis sont pris en compte et analysés.</p>
<p>X. Y-a-t-il une discussion adéquate concernant quels thèmes, concepts et catégories ont été tirés des données ?</p> <p>1) Il est parfois inévitable que des données extérieures ou des catégories descriptives prédéterminées soient utilisées, mais sont-elles examinées pour leur réelle signification ou toute possible ambiguïté ?</p>	<p>Les auteurs décrivent longuement les résultats trouvés et détaillent les thèmes abordés. La signification de chaque thème est étudiée. Ils exposent également le nombre de questionnaire qui sont en accord avec chaque thème, par exemple : 45 personnes ont répondu à la question sur la satisfaction concernant le programme de formation, et parmi ceux-là 35 ont répondu être satisfaits des instructeurs et du contenu des cours. Cependant il n'intègre pas d'exemple de réponses amenées par les participants.</p>
<p>XI. Existe-t-il une discussion adéquate concernant la preuve des pour et des contre des arguments du chercheur ?</p> <p>1) Des données négatives sont émises ? Y-a-t-il eu une recherche de cas pouvant réfuter les conclusions ?</p>	<p>Les auteurs appuient leurs résultats sur des données de précédentes études pour confirmer leurs preuves.</p> <p>Les auteurs mettent en lien les cas pour lesquels les sages-femmes expliquent avoir recours à l'acupuncture et les confronte au données scientifique actuelle sur le sujet. Ainsi à différents moments ils identifient des données négatives et contradictoires en fonction de l'utilisation faite par les sages-femmes.</p> <p>Exemple concernant la rétention placentaire évoqué par les sages-femmes ils admettent qu'il n'y a actuellement pas de preuve suffisante prouvant son efficacité, ou que l'emploi de l'acupuncture pour la rétention urinaire n'est pas prouvé scientifiquement.</p> <p>Il n'y a pas de recherche de cas pouvant réfuter les conclusions.</p>
<p>XII. Des mesures ont-elles été prises pour tester la validité des résultats ?</p>	<p>Aucune mesure n'a été prise pour tester la validité des résultats. Ou du moins nous n'avons aucun élément écrit pouvant nous faire penser que les chercheurs ont mis en place</p>

<p>1) Par exemple, des méthodes comme la retransmission aux personnes interrogées, la triangulation ou des procédures comme la théorie fondée ont-elles été utilisées ?</p>	<p>de telles procédures.</p>
<p>XIII. Des étapes ont-elles été réalisées pour voir si l'analyse était compréhensible aux participants, si ceci est possible et pertinent ?</p> <p>1) Est-ce que la signification des résultats a été explorée avec les personnes interrogées ? Est-ce que les anomalies ou contradictions apparentes ont été discutées avec eux, au lieu de faire des suppositions ?</p>	<p>Les données récoltées des questionnaires ont été analysées par les chercheurs mais n'ont pas ensuite été soumises à l'avis des participants.</p> <p>La signification des résultats n'a pas été explorée avec les personnes interrogées.</p>
<p>XIV. La recherche est-elle clairement contextualisée ?</p> <p>1) Est-ce que toutes les informations pertinentes concernant le cadre et le sujet ont été fournies ?</p> <p>2) Les variables sont-elles étudiées et intégrées dans leur contexte social plutôt que de façon abstraite et décontextualisées ?</p>	<p>Oui la recherche est contextualisée mais pourrait être plus détaillée avec les éléments nommés ci-dessous :</p> <p>1) Le lieu est bien décrit mais il nous manque des détails concernant les personnes interrogées. La temporalité de l'étude est exposée et les thèmes abordés et question de recherche sont bien explicités au début de l'article.</p> <p>2) Les variables et résultats sont bien ancrés dans le contexte : utilisation de l'acupuncture dans les services de maternité (indications possibles, distinction de l'utilisation en fonction de la taille de l'unité de maternité, nombre de sage-femme formé ou pas à l'acupuncture), par les sages-femmes, prise en compte de l'interdisciplinarité, demande et besoin en formation, qualité et quantité de personnel formé en fonction de la taille de l'unité. Prise en compte du contexte social suédois et contextualisation des résultats à la Suède.</p>

<p>XV. Les données sont-elles systématiquement présentées ?</p> <p>1) Est-ce que les citations et notes de terrain sont identifiées de sorte que le lecteur peut juger le niveau de preuve utilisé ?</p>	<p>Il n'y a pas de citations directes des dires des participants. Aucune note de terrain n'apparaît dans l'article. Les résultats sont mis en lien dans des tableaux mais nous n'avons pas d'exemple de réponses.</p>
<p>XVI. Une distinction claire est-elle faite entre les données et leur interprétation ?</p> <p>1) Est-ce que les conclusions découlent bien des données ? (il devrait être noté que les phases de recherche - collecte des données, analyse, discussion – ne sont habituellement pas séparées et que les articles ne suivent pas nécessairement le modèle quantitatif des méthodes, résultats et discussion).</p>	<p>Oui les conclusions découlent bien des données puisque les chercheurs ont utilisé les questionnaires qui détaillaient les deux thèmes analysés et qui donnaient des réponses qualitatives. Cependant l'article est rédigé selon le modèle quantitatif et le titre tel que : échantillon, collecte de données, analyse, résultats et discussion apparaissent clairement.</p>
<p>XVII. La preuve originale présentée est-elle suffisante pour satisfaire le lecteur concernant la relation entre les preuves et les conclusions ?</p> <p>1) Bien que la présentation de données discursives (déductives) nécessitent plus d'espace que des données numériques, est-ce que l'article arrive à être aussi concis que possible ?</p>	<p>Oui les preuves sont suffisantes pour faire la relation entre les données et les conclusions.</p> <p>1) L'article est concis : il démontre l'émergence des deux thèmes principaux et les détaille successivement mais de façon suffisante et succincte. Des tableaux permettent de synthétiser des résultats qui auraient pris plus de place.</p>
<p>XVIII. La position personnelle de l'auteur est-elle clairement exposée ?</p> <p>1) La perspective du chercheur est-elle décrite ?</p> <p>2) Le chercheur examine-t-il son propre rôle, les possibles biais et son influence sur la recherche ?</p>	<p>La position personnelle de l'auteur est clairement décrite.</p> <p>1) La perspective des auteurs est énoncée en début de travail car ils décrivent la nécessité d'une telle recherche et l'état actuel de l'utilisation de l'acupuncture en Suède dans les services de maternité ainsi que la nécessité de la formation des sages-femmes. De plus ils y font de nouveau référence lors de la discussion. Les chercheurs indiquent que leurs résultats sont généralisables aux autres unités de maternités de Suède mais émettent des réserves concernant les autres pays.</p> <p>2) Les auteurs n'examinent pas leur propre rôle mais</p>

	<p>énoncent tout de même les possibles biais ainsi que leur influence sur l'étude.</p>
<p>XIX. Les résultats sont-ils crédibles et appropriés ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Est-ce que les chercheurs traitent la ou les questions de recherche ? 2) Les résultats sont plausibles et cohérents ? 3) Les résultats sont-ils importants, de façon théorique ou pratique, ou insignifiants ? 	<p>Oui les résultats sont crédibles et appropriés aux questions posées.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Les chercheurs avaient comme question de recherche : les indications d'utilisation de l'acupuncture dans les soins prodigués par les sages-femmes en Suède et examine les critères et les exigences utilisées pour l'achat de programmes d'éducation en acupuncture. Ils répondent totalement à ces questions puisque les questionnaires sélectionnés donnent des informations concernant ces deux thèmes. 2) Les résultats sont plausibles et cohérents car ils sont corroborés par des données d'autres études. 3) Les résultats sont importants car ils prouvent la nécessité et la demande de formation par les sages-femmes en acupuncture. Ces résultats exposent également les domaines d'utilisation les plus courants concernant la pratique de l'acupuncture par les sages-femmes (pendant la grossesse : l'hyperémésis et l'hyperlaxité du bassin ; pendant l'accouchement : douleur, relaxation, rétention placentaire ; pendant le post-partum : douleur après l'accouchement, stase du lait pendant l'allaitement). Cela permet de faire un état des lieux des pratiques sages-femmes concernant l'acupuncture corroboré par des recherches. Les auteurs exposent également le manque d'études fiables et la qualité de celles-ci. Ils parlent des résultats contradictoires. Ils apportent également des explications concernant le manque de recherches fiables par des problèmes méthodologiques, un faible échantillon, une procédure souvent pas décrite, le double aveugle n'est pas possible car les procédures placebo (sham) provoquent des effets et donc un biais
<p>XX. Les enjeux éthiques sont-ils bien pris en compte ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La question de la confidentialité (souvent difficile dans le travail qualitatif) a été traitée de façon adéquate ? 2) Les conséquences de la recherche (incluant l'établissement des relations entre les sujets, les attentes, le 	<p>Concernant cette recherche, selon la loi suédoise, un permis éthique n'était pas nécessaire pour ce type d'étude. L'autorisation de procéder à cette étude a été donnée par le directeur du département clinique. Tous les participants ont donné leur consentement éclairé, conformément à la Déclaration d'Helsinki assurant la confidentialité et la liberté à chaque participant de se retirer de l'étude à tout moment.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Les auteurs ne fournissent cependant pas toutes les informations concernant la confidentialité, par

<p>changement de comportement etc.) ont été prises en compte ?</p>	<p>exemple : questionnaires anonymes ? Retours des questionnaires de façon confidentielle ou par voie postale avec l'en-tête du service ? Nous savons cependant que les participants ont tous exposés leur consentement pour cette étude.</p> <p>2) Il n'y a pas de données sur les conséquences concernant les personnes interrogées ou leurs attentes.</p>
--	--

Annexe XIII : Tableau récapitulatif des articles et études consultés et des critères de sélection

Articles	Base de données	Point positif pour l'inclusion	Critère d'exclusion	Décision intégration dans le travail
Ernst, E. & Watson, LK. (2011).Midwives' use of complementary/alternative treatments. <i>Midwifery</i> 28:772-777	PubMed, Midwifery [Mesh]AND Complementary therapies[Mesh]		Revue de littérature ne traitant pas de l'acupuncture	NON
Hall, HG., McKenna, LG. & Griffiths, DL. (2012).Midwives' support Complementary and alternative Medicine: A literature review. <i>Women and Birth</i> 25: 4-12	PubMed, Midwifery [Mesh]AND Complementary therapies[Mesh]		Revue de littérature	NON
Brucker, MC.(2001).Management of the third stage of labor: an evidence-based approach. <i>Journal of Midwifery and Women's Health</i> 46(6): 381-392	PubMed, Labor Stage, Third [Mesh]	Aborde succinctement le thème de l'acupuncture dans la gestion de la 3 ème phase du travail.		OUI: intéressant pour la réflexion dans la phase de discussion
Xu, J. & MacKenzie, IZ. (2012). The current use of acupuncture during pregnancy and childbirth. <i>Current Opinion Obstetric Gynecology</i> 24:65-71	Science direct, Acupuncture AND childbirth			
Tiran, D. (2005). Complementary therapies in pregnancy: Midwives' and obstetricians' appreciation of risk. <i>Complementary Therapies in Clinical Practice</i> 12: 126-131	PubMed, Midwifery [Mesh]AND Complementary therapies[Mesh]			
Jangsten, E., Mattson, LA., Lyckestam, I., Hellström, AL. & Berg, M. (2011). A comparison of active management and expectant management of the third stage of labour: a Swedish randomised controlled trial. <i>International Journal of Obstetrics and Gynaecology</i> 118: 362-369	PubMed, Labor Stage, Third [Mesh]		Ne traite pas de l'acupuncture	NON

Kaptchuk, T.J. (2002). Acupuncture: Theory, efficacy and practice. <i>Annals of Internal Medicine</i> 136(5): 374-383	Science direct, Acupuncture		Traite de l'acupuncture en général et pas spécifiquement en obstétrique	NON
Tai, D. (2002). What is acupuncture? <i>Complementary Therapies in Nursing & Midwifery</i> 8: 155-159	Science direct, Acupuncture		Traite de l'acupuncture en général et pas spécifiquement en obstétrique	NON
Tiran, D. (2003). Viewpoint-Midwives' enthusiasm for complementary therapies: a cause for concern? <i>Complementary Therapies in Nursing and Midwifery</i> 10: 77-79	PubMed, Midwifery [Mesh]AND Complementary therapies[Mesh]	Expose les craintes d'une pratique sage-femme de CAM sans formation.		OUI: en tant qu'article nourrissant la réflexion autour de la polémique.
Azria, E., Koskas, M., Chabat, S. & Luton, D. (sd). Acupuncture et grossesse: état des connaissances. <i>Profession Sage-Femme</i> 173 : 25-30	Science direct, Acupuncture AND grossesse		Ne traite pas de l'utilisation de l'acupuncture lors de la délivrance	NON
Sartori, P. & Arrandel, C. (2010). Acupuncture et grossesses prolongées. <i>Sage-femme.ch</i> 4 : 34-37	Science direct, Acupuncture AND grossesse		Revu de littérature pas sur notre thème	NON
Büchi, S.& Bülher, B. (2009). Evidenz der Akupunkturanwendung zur Geburstunterstützung. <i>Sage-femme.ch</i>	Bibliographie de l'article Acupuncture et grossesses prolongées		Traite l'utilisation de l'acupuncture en général pendant la naissance. Peu d'information sur la délivrance du placenta	NON
Citkovitz, C. & al. (2009). Effects of Acupuncture During Labor and Delivery in a U.S. Hospital Setting: A Case-Control Pilot Study. <i>The Journal of Alternative and Complementary Medicine</i> , 15 (5), 501-505.	PubMed, Acupuncture AND Delivery		Position Infirmière et non sage-femme. Ne traite pas la délivrance.	NON

Münsted, K. & al. (2011). Use of Acupuncture and other CAM methods in Obstetrics: An analysis of 409,413 Deliveries from Hesse, Germany. <i>The Journal of Alternative and Complementary Medicine</i> , 17 (5), 421-426.	PubMed, "Midwifery"[Mesh] AND "Acupuncture Therapy"[Mesh]		Traite de l'acupuncture mais pas de notre issue principale	NON
Ramnero, A., Hanson, U., & Kihlgren, M. (2002). Acupuncture treatment during labour- a randomized controlled trial <i>BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology</i> , 109, 637-644.	Science direct, midwifery AND acupuncture	Etude contrôlée randomisée	Traite de l'acupuncture mais pas de notre issue principale	NON
Schytt, E., & al. (2011). Incompleteness of Swedish local clinical guidelines for acupuncture treatment during childbirth. <i>Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology</i> , 90, 77-82.	PubMed, Acupuncture AND childbirth	Traite de l'acupuncture obstétricale et de l'existence de guidelines à ce sujet	Traite très peu la délivrance. Constitue une revue de différents guidelines.	OUI, possible au cours du travail (concepts ou discussion)
Ewies, A., & Olah, K.S.J (2002). The sharp end of medical practice: the use of acupuncture in obstetrics and gynaecology. <i>BJOG: an International Journal of Obstetrics and gynaecology</i> , 109, 1-4.	Science direct, midwifery AND acupuncture		Ne traite pas le sujet d'acupuncture lors de la délivrance. Article succinct avec peu d'informations sur chaque issue.	NON
Mitchell, M., & Williams, J. (2007). The role of midwife-complementary therapists: data from in-depth telephone interviews. <i>Evidence Based Midwifery</i> 5(3), 93-99.	CINHAL	Complément de l'article(Williams, J. & Mitchell, M. (2007). Midwifery managers' views about the use of complementary therapies in the maternity services. <i>Complementary Therapies in Clinical Practice</i> 13, 129-135	Mêmes auteurs, même année. Pas d'élément nouveau	OUI, dans la discussion pour appuyer la réflexion.

Rempp, C. (2000). "Si je suis persuadé que l'acupuncture est utile à la femme, je me dois de la diffuser ». <i>Profession Sage-Femme</i> , 68, 38-39.	Banque de données en Santé Publique, Acupuncture AND Sage-femme	Aborde l'acupuncture obstétricale	N'aborde pas notre issue principale	OUI, possible pour la discussion
The Cochrane Collaboration. (2012). Non-pharmacological and non-surgical interventions for managing retained placenta (protocol). <i>The Cochrane Library</i> , 5, 1-9.	The Cochrane Library, retained placenta		Protocole d'une revue cochrane	NON
Skelton, I., & Flowerdew M-W. (1985). Midwifery and Acupuncture. <i>Midwives chronicle</i> , 1168(98), 125-129.	CINHAL, acupuncture AND midwifery		Article de plus de 20 ans et ne traite pas de notre issue principale	NON

