



Hes·so



Effacité de l'acupression et des massages pour la gestion de la douleur en phase de latence : une revue de la littérature

Marion Bonnefoy

Étudiante Bachelor – Filière Sage-femme

Coralie Favre

Étudiante Bachelor – Filière Sage-femme

Audrey Kamber

Étudiante Bachelor – Filière Sage-femme

Directrice de travail : Alessia Abderhalden-Zellweger

**TRAVAIL DE BACHELOR DÉPOSÉ ET SOUTENU A LAUSANNE EN 2025 EN VUE DE L'OBTENTION D'UN
BACHELOR OF SCIENCE HES-SO DE SAGE-FEMME**

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

Résumé

Objectif :

Ce travail vise à réaliser une revue de la littérature qui évalue l'efficacité des médecines complémentaires, telles que l'acupression et le massage pour diminuer la douleur pendant la phase de latence du travail de l'accouchement.

Méthodologie :

Une revue de la littérature a été menée à partir des bases de données *Pubmed* et *CINAHL*. Sur les 68 articles trouvés, neuf ont été sélectionnés et analysés à l'aide de la grille *CONSORT* afin de répondre à notre question de recherche : « Quel est l'impact des médecines complémentaires telles que l'acupression et/ou le massage sur la douleur durant la phase de latence comparé au suivi habituel sans antalgie médicamenteuse ? »

Résultats :

Les résultats suggèrent que l'acupression et le massage sont des approches efficaces pour la gestion de la douleur durant la phase de latence. Plusieurs points d'acupression ont été étudiés (BL32, LI4, GB21, SP6), tous ont démontré une réduction significative de la douleur. De même, différentes techniques de massage, notamment le massage sacré et le massage des pieds, se sont révélées bénéfiques. Au-delà du soulagement physique, ces pratiques semblent également favoriser la satisfaction maternelle, contribuant ainsi à une meilleure expérience de la phase de latence. Par ailleurs, aucun effet indésirable n'a été observé sur les issues maternelles ou néonatales, soutenant la sécurité de ces interventions complémentaires.

Conclusion :

Les résultats recueillis, après lecture des différents articles sélectionnés, tendent à montrer que l'acupression et le massage sont des médecines complémentaires efficaces, sûres et accessibles pour soulager la douleur durant la phase de latence de l'accouchement. Les résultats analysés indiquent une diminution significative de la douleur, notamment aux points BL32, LI4, SP6, GB21 ou grâce aux massages sacrés et des pieds, et un effet bénéfique sur la satisfaction maternelle. Ces médecines complémentaires mériteraient d'être davantage intégrées dans la pratique des sages-femmes. Ce travail souligne aussi l'importance de la formation, de l'encadrement clinique et de la sensibilisation des femmes, dès le début de la grossesse pour favoriser leur autonomie.

Mots-clés : accouchement, travail de l'accouchement, phase de latence, douleurs, douleurs du travail, médecines complémentaires, acupression, massage, sciences sage-femme, pratique sage-femme

Avertissement

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses autrices 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.

Dans le cadre de ce travail, nous avons utilisé *ChatGPT* et *ChatPDF* pour synthétiser, expliquer, s'inspirer et corriger la syntaxe. Son utilisation s'est limitée à reformuler certaines idées, en veillant à respecter les principes d'intégrité académique.

Le 13 juin 2025,

Marion Bonnefoy, Coralie Favre et Audrey Kamber

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier notre directrice de travail de Bachelor, Madame Alessia Abderhalden-Zellweger, pour son accompagnement attentif et sa capacité à reprendre notre suivi en cours de route avec rigueur et bienveillance. Nous tenons également à remercier Mme Claire De Labrusse qui nous a guidées dans les premiers pas de ce travail.

Nous remercions également l'ensemble du corps professoral et les bibliothécaires d'HESAV pour leur aide et leurs précieux conseils durant ces deux années de formations.

Nous souhaitons également remercier notre classe pour sa solidarité et ces moments de partage vécus ensemble au travers des défis de cette formation.

Un immense merci à nos familles et nos proches pour leur patience, leurs encouragements et leur présence constante durant toute la durée de nos études et la réalisation de ce travail.

Enfin, nous avons une pensée reconnaissante pour toutes les femmes que nous avons accompagnées durant notre formation. C'est en observant leur force, leurs besoins, leurs choix et leur confiance que nous avons trouvé l'inspiration pour ce sujet. Elles sont au cœur de notre engagement professionnel.

Table des matières

1.	Introduction.....	1
2.	Cadre de référence et concepts	4
2.1.	Physiologie de l'accouchement.....	4
2.1.1.	Phase de latence.....	4
2.2.	Physiopathologie de la douleur	5
2.2.1.	Définitions.....	5
2.2.2.	Transmission de la douleur	6
2.2.3.	Spécificité de la douleur de l'accouchement	6
2.3.	Médecines complémentaires.....	7
2.3.1.	Acupression	8
2.3.2.	Massage	9
2.4.	Champ disciplinaire.....	10
2.4.1.	Sciences sage-femme.....	10
2.5.	Éthique.....	11
3.	Question de recherche	14
4.	Méthodologie	15
4.1.	Devis.....	15
4.2.	Stratégie de recherche	15
4.3.	Sélection des articles.....	16
4.4.	Evaluation de la qualité méthodologique des articles	18
4.5.	Extraction et synthèse des résultats	18
5.	Résultats	20
5.1.	Acupression.....	20
5.1.1.	Article 1 (Solt Kirca & Kanza Gul, 2022)	20
5.1.2.	Article 2 (Ozgoli et al., 2016).....	24
5.1.3.	Article 3 (Hamlacı & Yazici, 2017)	27
5.1.4.	Article 4 (Torkiyan et al., 2021).....	29
5.1.5.	Article 5 (Türkmen et al., 2024)	33

5.2.	Massages.....	36
5.2.1.	Article 6 (Şanlı & Güngör Satılmış, 2023).....	36
5.2.2.	Article 7 (Öztaş et al., 2023).....	39
5.3.	Comparaison acupression et massage	42
5.3.1.	Article 8 (Mammadov & Taş, 2024)	42
5.3.2.	Article 9 (Gönenç & Terzioğlu, 2020).....	45
6.	Discussion.....	49
6.1.	Interprétation des résultats et comparaison avec la littérature	49
6.1.1.	Acupression	49
6.1.2.	Massages	52
6.1.3.	Comparaison acupression et massages.....	Erreur ! Signet non défini.
6.1.4.	Synthèse.....	55
6.2.	Éthique.....	56
6.2.1.	Éthique de ce travail de Bachelor	56
6.2.2.	Éthique des études sélectionnées	56
6.3.	Forces et limites de ce travail de Bachelor.....	57
6.3.1.	Forces.....	57
6.3.2.	Limites.....	58
6.4.	Recommandations	59
6.4.1.	Pour la recherche.....	59
6.4.2.	Pour la formation.....	60
6.4.3.	Pour la pratique	62
7.	Conclusion	64
8.	Liste de références.....	65
9.	Annexes	74

1. Introduction

Dans le cadre de nos études de sage-femme, nous devons réaliser un travail de Bachelor, nous permettant d'approfondir une thématique en lien avec la pratique professionnelle. Au cours de notre formation, nous avons appris que la définition de la phase de latence avait récemment évolué, passant de 4 à 5 cm de dilatation selon les recommandations (HAS, 2017; OMS, 2018). Cela soulève une question essentielle : comment accompagner les femmes et soulager leur douleur durant cette phase souvent longue et inconfortable ?

La douleur de l'accouchement est l'une des douleurs les plus intenses que les femmes peuvent éprouver au cours de leur vie et sa prise en charge constitue un aspect primordial lors de l'accouchement (Zuarez-Easton et al., 2023). Bien que les avancées pharmacologiques aient permis de proposer des solutions efficaces pour le soulagement de la douleur du travail, ces méthodes ne sont pas toujours accessibles ou souhaitées. En effet, certaines femmes préfèrent éviter les interventions médicamenteuses ou invasives pour la prise en charge de la douleur pendant l'accouchement (Smith et al., 2020), optant pour des approches plus naturelles et moins intrusives. Parmi ces méthodes non-pharmacologiques, des pratiques telles que la relaxation, l'acupuncture, ou encore les techniques manuelles notamment le massage et l'acupression, suscitent un intérêt croissant (Zuarez-Easton et al., 2023). Cependant, ces approches restent encore insuffisamment mises en place dans les institutions hospitalières, malgré leur popularité croissante et leur efficacité rapportée (Medforth et al., 2024). En effet, en 2021, 65% de la population Suisse romande dit utiliser les médecines complémentaires et 87% évaluent leur traitement comme étant efficace (Bolliger et al., 2024). En tant que professionnel.les de la périnatalité, les sages-femmes exercent des soins centrés sur la femme (Medforth et al., 2024, p.33). Il.elles s'adaptent donc aux besoins des femmes qui évoluent d'une personne à l'autre ainsi qu'au cours du temps (De Labrusse et al., 2017). Cette approche place les besoins et préférences des femmes au cœur de la prise en charge, en les considérant comme des partenaires actives (ICM, 2014b). Dans ce contexte, les médecines complémentaires proposent des moyens de soulagement adaptés aux besoins individuels et accessibles à chaque femme. En adoptant une gestion de la douleur axée sur les désirs de la femme, ces pratiques contribuent à enrichir et améliorer l'expérience de l'accouchement.

Par ailleurs, nous avons remarqué durant nos périodes de formation pratique que de nombreuses femmes téléphonent aux maternités rapidement en début de travail afin d'être conseillées et rassurées. Dans de nombreux cas elles étaient encouragées à rester à domicile le plus longtemps possible ou étaient renvoyées chez elles après un contrôle. En effet, il a été démontré qu'un changement d'environnement au début du travail augmentait l'anxiété et la sécrétion d'adrénaline ce

qui inhibait les contractions utérines (Simkin et al., 2017). Par ailleurs, selon Walsh (2007), le meilleur endroit pour une femme en phase de latence est son domicile avec la possibilité de contacter une sage-femme. Ces observations nous ont amenées à nous interroger sur les conseils et outils que nous pourrions leur proposer pour mieux gérer la douleur durant cette période. C'est pourquoi nous sommes intéressées aux médecines complémentaires tels que l'acupression et le massage pour diminuer les douleurs durant la phase de latence.

En Suisse, les médecines complémentaires sont reconnues par la législation qui mentionne que : « La Confédération et les cantons veillent, dans les limites de leurs compétences respectives, à la prise en compte des médecines complémentaires » (art 118a du Recueil systématique du droit fédéral du 21 octobre 2009). L'acupuncture, la médecine anthroposophique, la pharmacothérapie de la médecine chinoise, l'homéopathie ainsi que la phytothérapie sont remboursées par les assureurs conformément à la Loi sur l'assurance Maladie (LAMal) si elles sont effectuées par des médecins spécialisés (art. 4b de l'OPAS du 1^{er} août 2017). D'autres médecines complémentaires peuvent être remboursées par des assurances complémentaires en fonction des contrats avec les patient.es (OFSP, 2025).

Dans les maternités suisses, les médecines complémentaires commencent progressivement à se développer. Par exemple, l'hôpital de l'Île à Berne conseillent sur leur site internet d'avoir recours à des médecines complémentaires telles que le massage, la chaleur, l'aromathérapie, l'homéopathie ou l'acupuncture (Inselgruppe, 2025). Ils mentionnent également les méthodes médicamenteuses pour soulager les douleurs mais ne parlent pas du taux d'utilisation de toutes (Inselgruppe, 2025). A contrario, le réseau médical Hirslanden met en avant les méthodes médicamenteuses pour soulager les douleurs et ajoute qu'il existe des méthodes complémentaires pour soulager les douleurs lors de l'accouchement (Hirslanden, 2025). Aux hôpitaux universitaires de Genève (HUG) les soignant.es disposent de plusieurs approches pour soulager les douleurs comme le massage, le bain, etc. (HUG, 2025). On remarque également, au centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), qu'implémente, par exemple, l'acupuncture en salle d'accouchement (CHUV, 2020, 2024, 2025). Selon nos expériences en stage, plusieurs autres maternités en Suisse romande utilisent des méthodes comme l'acupression ou le massage pour soulager les femmes des douleurs durant l'accouchement. Cependant, ces éléments ne sont pas proposés systématiquement aux femmes enceintes qui consultent les services de maternité en suisse romande.

Parmi ce large éventail d'interventions issues des médecines complémentaires, notre réflexion porte spécifiquement sur celles dont l'efficacité est basée sur des données probantes. Nous avons donc décidé d'explorer le massage et l'acupression pour soulager la douleur durant la phase de latence. Ces médecines complémentaires ont été sélectionnées car elles peuvent être apprises au partenaire

pendant la grossesse, par exemple lors des cours de préparation à la naissance, et qu'elles peuvent être mises en place à domicile avec l'intervention minimale de professionnels. En effet, comme mentionné plus haut, il est recommandé que les femmes vivent leur phase de latence à domicile (Walsh, 2007).

À travers cette revue de la littérature, nous souhaitons identifier, à partir des données existantes, de quelle manière les médecines complémentaires tels que l'acupression et le massage peuvent diminuer les douleurs de la phase de latence et, ainsi, aider les femmes à traverser cette phase à domicile. Cette démarche vise également à ancrer notre pratique professionnelle sur des bases scientifiquement prouvées.

2. Cadre de référence et concepts

2.1. Physiologie de l'accouchement

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2018) un accouchement physiologique est un processus qui se réalise, dans la majorité des cas, sans complications pour la femme ou l'enfant (WHO, 2018). Il se définit donc, comme étant une mise en travail spontanée qui débute entre la 37^{ème} et la 42^{ème} semaine d'aménorrhée (SA). Si des risques sont déterminés, il est nécessaire qu'ils soient faibles et qu'ils le restent durant tout le travail (HAS, 2017; NICE Guideline, 2023). Afin de soutenir la physiologie, le personnel soignant est amené à respecter le rythme des contractions utérines, de la dilatation et de l'engagement du fœtus. Toutefois, certaines interventions telles que l'amniotomie, l'antibioprophylaxie ou l'administration d'ocytocine – hormone et neurotransmetteur – lors de la troisième phase du travail, permettent aux femmes enceintes de maintenir la physiologie de leur accouchement (HAS, 2017).

Selon Marshall & Raynor (2020), le travail physiologique est caractérisé par des changements complexes lors des dernières semaines de grossesse autant au niveau physique que psychologique. Le processus physique du travail peut être décrit comme étant l'expulsion du fœtus, des membranes et du placenta. C'est pourquoi trois phases distinctes sont définies par les professionnels (Marshall & Raynor, 2020, p.449). La première phase est divisée en deux étapes. Premièrement, la phase de latence débutant dès les premières contractions utérines qui sont régulières et efficaces. Elle se termine lorsque la dilatation du col utérin est à 5cm. Deuxièmement, la phase active qui commence dès 5cm de dilatation cervicale jusqu'à la dilatation complète (OMS, 2018). La deuxième phase s'étend de la dilatation complète à la naissance de l'enfant. Deux étapes peuvent être décrites : une passive lorsque le fœtus entame sa progression et sa rotation dans l'excavation pelvienne. Une active, dès le début des poussées jusqu'à la naissance du nouveau-né (Marshall & Raynor, 2020, p.501). La troisième phase correspond à la période allant de la naissance à la délivrance des annexes (HAS, 2017).

Il est essentiel de reconnaître que le travail, au-delà des changements physiques qu'il implique, a également une dimension psychologique. L'expérience vécue lors de l'accouchement peut avoir un impact durable, influençant notamment la relation parent-enfant ainsi que le vécu des grossesses futures (Marshall & Raynor, 2020, p.448).

2.1.1. Phase de latence

Comme mentionné dans le chapitre précédent, la phase de latence se situe dans la première phase du travail. Elle se caractérise par le début des contractions douloureuses qui ont un impact sur le col utérin.

Grâce à celles-ci, l'effacement et la dilatation cervicale débute. Cette phase se termine lorsque les 5 cm sont atteints (OMS, 2018). Le temps de la phase de latence n'est pas clairement défini. En effet, il est subjectif et peut fluctuer beaucoup selon les situations des femmes en travail (OMS, 2018).

Selon Marshall & Raynor (2020) la durée de cette étape peut varier selon certains facteurs tels que : la parité, l'intervalle entre les naissances, l'état psychologique ou encore la présentation et la position fœtale (p.450). Malgré la difficulté pour émettre une temporalité sur la phase de latence, il a été démontré que le temps de la phase active ne dure pas plus de 12 heures pour une nullipare alors que généralement elle ne dure pas plus de 10 heures pour les multipares (OMS, 2018).

2.2. Physiopathologie de la douleur

2.2.1. Définitions

La douleur est une expérience complexe. Elle est définie comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle » (Raja et al., 2020, traduction libre).

Raja et al. (2020) complètent cette définition en ajoutant 6 spécifications :

- La douleur est toujours une expérience personnelle qui est influencée à des degrés divers par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.
- La douleur et la nociception sont des phénomènes différents. La douleur ne peut être déduite uniquement de l'activité des neurones sensoriels.
- À travers leurs expériences de vie, les individus apprennent le concept de la douleur.
- Le rapport d'une personne sur une expérience de douleur doit être respecté.
- Bien que la douleur joue généralement un rôle d'adaptation, elle peut avoir des effets négatifs sur le fonctionnement et le bien-être social et psychologique.
- La description verbale n'est qu'un des nombreux comportements permettant d'exprimer la douleur ; l'incapacité à communiquer n'exclut pas la possibilité qu'un être humain ou un animal non humain éprouve de la douleur (Raja et al., 2020, traduction libre).

Selon Pédiadol (2019), il y a 4 composantes qui définissent la douleur. D'abord, la composante comportementale se définit comme un « ensemble des manifestations verbales et non-verbales observables ». En d'autres termes, elle « correspond à notre façon d'agir du fait de la douleur, les comportements douloureux (...), la manière dont le corps exprime la douleur » (Centre National Ressources Douleur, 2024). Il y a ensuite la composante cognitive qui se définit par « tout ce qui donne sens, interprétation, valeur à la douleur. (...). L'ensemble des processus mentaux capables d'influencer la perception de la douleur et des comportements qu'elle induit ». Puis, la composante émotionnelle

« confère à la douleur sa tonalité désagréable, pénible, voire insupportable » (Pédiadol, 2019). Pour finir, la composante sensori-discriminative est définie par un « ensemble des mécanismes neurophysiologiques aboutissant au décodage de la douleur comme : la qualité, l'intensité, la durée, la localisation » (Pédiadol, 2019).

Pour évaluer la douleur, qui reste subjective, plusieurs échelles d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation sont disponibles. En Suisse, les plus couramment utilisées sont les échelles d'auto-évaluation comme l'échelle visuelle analogique (EVA) et l'échelle numérique (EN), toutes deux graduées de 0 à 10, où 0 correspond à l'absence de douleur et 10 à la pire douleur imaginable (HAS, 2022).

2.2.2. Transmission de la douleur

La transmission de la douleur repose sur un processus complexe impliquant différents types de fibres nerveuses. Selon Marshall & Raynor (2020), dans le cas de douleur aiguë, les influx nerveux transmettant la douleur sont véhiculés par les fibres A-delta qui se caractérisent par leur gros calibre (p.480-481). Ces fibres sont responsables de la transmission rapide de la douleur, souvent décrite comme une sensation vive et brève. En parallèle, Coad et al. (2020) souligne que la vitesse de transmission de la douleur dépend du type de fibre sur laquelle l'influx nerveux est transmis. Il existe plusieurs types de fibres nerveuses conduisant les signaux de douleur. En plus des fibres A-delta, il existe les fibres C, de plus petit calibre, qui véhiculent une douleur plus diffuse et plus sourde. Ce réseau de fibres nerveuses permet au cerveau de moduler les différents types de douleur (Coad, 2020, p.411-415). Connaître cette modulation de la douleur est un élément clé dans la compréhension des médecines complémentaires pour soulager la douleur, et notamment les douleurs de l'accouchement.

2.2.3. Spécificité de la douleur de l'accouchement

La douleur de l'accouchement est un processus spécifique car elle ne résulte pas d'une cause pathologique, comme ce serait le cas dans d'autres types de douleurs. Elle résulte plutôt de l'association entre un processus physiologique et psychologique (Marshall & Raynor, 2020, p.450). A cela s'ajoute l'influence psychosociale, comme le souligne Lowe (2002), qui précise que la culture joue un rôle important. En effet, les croyances, les mœurs, les normes, la communauté, l'éducation ainsi que le système de soin ont un impact sur le vécu de la douleur alors que l'intensité évaluée reste similaire (Lowe, 2002).

Le type de douleur change en fonction des phases de travail. Pendant la première, la douleur viscérale prédomine. Elle est transmise lentement et irradie dans l'abdomen, le bas du dos et le rectum (Marshall & Raynor, 2020, p.479-483). Elle trouve son origine dans la pression exercée sur le col de l'utérus. Lors

de la deuxième phase, la douleur est provoquée par la distension des structures périnéales au fur et à mesure que la présentation fœtale progresse (Zuarez-Easton et al., 2023).

Comprendre les aspects multidimensionnels de la douleur est essentiel car ces facteurs influencent les préférences et les réponses aux interventions de la gestion de la douleur et constituent donc les bases du soulagement de celle-ci, qu'il soit pharmacologique ou non (Zuarez-Easton et al., 2023). Toutefois ce qui distingue la douleur de l'accouchement des autres types de douleurs, c'est que l'objectif n'est pas de la supprimer totalement. En effet, le but n'est pas de bloquer le processus, mais de faciliter la physiologie de la descente fœtale dans le bassin (Marshall & Raynor, 2020, p.479-483).

2.3. Médecines complémentaires

Les médecines complémentaires sont définies par l'OMS comme l'ensemble des pratiques en médecine, ne faisant pas partie de la tradition ou de la médecine traditionnelle d'un pays et n'étant pas pleinement intégrée dans le système de santé dominant du pays (WHO, 2024). La médecine traditionnelle, elle, regroupe les connaissances, compétences et pratiques fondées sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour le maintien de la santé, la prévention, le diagnostic ainsi que l'amélioration ou le traitement des maladies physiques et mentales (WHO, 2024). Par exemple, l'acupuncture est une médecine complémentaire en Europe car elle ne fait pas partie de la tradition alors qu'elle est définie comme une médecine traditionnelle en Asie.

De plus en plus de médecines complémentaires sont utilisées pour gérer la douleur durant le travail d'accouchement. Elles permettent un complément à la médecine traditionnelle et aux médicaments qui ont parfois de nombreux effets secondaires. Les femmes enceintes ont tendance à se tourner vers les médecines complémentaires, notamment parce qu'elles sont perçues comme plus naturelles et potentiellement moins à risque pour le fœtus (Marshall & Raynor, 2020; Steel et al., 2014). Selon Marshall & Raynor (2020), plusieurs méthodes ont été démontrées comme efficaces pour soulager la douleur comme l'aromathérapie, l'hypnose, l'acupuncture, l'hydrothérapie, le massage ou encore la stimulation électrique nerveuse transcutanée (TENS). Elles nécessitent cependant une formation spécifique et doivent être administrées par un.e sage-femme formé.e et compétent.e (FSSF, s. d.; Marshall & Raynor, 2020). Ces méthodes semblent peu connues et peu enseignées au cours de préparation à la naissance, ce qui peut restreindre leur accessibilité à la population générale, notamment durant la phase de latence à domicile.

Deux médecines complémentaires ont été retenues pour cette revue de la littérature : l'acupression et le massage. Elles ont été sélectionnées en raison de leur accessibilité, tant sur le plan matériel que pratique. Elles ne requièrent pas de compétences techniques particulières ni d'équipement spécifique,

ce qui les rend facilement transmissibles (Simkin & Bolding, 2004). Après de simples explications fournies par les professionnel.les de santé, les femmes enceintes et leurs partenaires sont en mesure de les reproduire de manière autonome, que ce soit à domicile ou en milieu hospitalier.

2.3.1. Acupression

L'acupression, issue de la médecine traditionnelle chinoise vieille de 5000 ans, repose sur le concept du flux d'énergie vitale (Qi) circulant à travers les méridiens du corps. En exerçant une pression sur des points spécifiques, elle vise à libérer les blocages énergétiques, rétablir l'équilibre entre le Yin et le Yang, promouvoir le bien-être global et apporter une force nouvelle (Association Suisse d'Acupressure, s. d.). Particulièrement adaptée à la salle de naissance, cette pratique ne nécessite aucun matériel, utilisant simplement les mains et les doigts du. de la praticien.ne (Association Suisse d'Acupressure, s. d.).

Le Yin et le Yang représentent deux forces complémentaires dont l'équilibre est essentiel à la santé, en lien avec la bonne circulation du Qi, l'énergie vitale. Ce Qi remplit diverses fonctions (protection, régulation, croissance) et peut être optimisé par l'acupression, qui renforce les capacités d'autorégulation du corps (Eskamed SA, 2024; Roemer, 2005). La médecine traditionnelle chinoise distingue également cinq phases (bois, feu, terre, métal, eau) correspondant à des dynamiques de transformation. Chaque phase est associée à un moment de la grossesse; la phase de latence correspond au bois, symbolisant le début du travail (Roemer, 2005). Un équilibre harmonieux du Qi est essentiel pour le bien-être de la mère et de l'enfant pendant l'accouchement (Smith et al., 2020).

En médecine, l'évaluation scientifique des pratiques médicales est essentielle, ce qui a conduit à des recherches sur l'effet des médecines chinoises et notamment sur la douleur. Trois mécanismes ont été identifiés pour comprendre la physiopathologie de l'inhibition de la douleur : le blocage des influx nerveux au niveau de la moelle épinière (effet « porte de contrôle »), l'activation de voies inhibitrices de la douleur, et la libération d'endorphines par l'hypophyse, aux propriétés similaires à la morphine (Petitpierre & Graz, 2012; Roques, s. d.). De plus, la stimulation d'un point précis agit sur différentes zones cérébrales, réduisant douleur, anxiété, et troubles comme l'insomnie (Petitpierre & Graz, 2012).

Il a été démontré par plusieurs études randomisées que l'acupression en post-opératoire diminuait largement les douleurs ainsi que les doses d'antalgiques utilisées (Hachimi-Idrissi et al., 2020). Deux études de Kober et al. (2002; 2003) ont été réalisées durant des trajets en ambulance et permettait de diminuer significativement les douleurs aiguë et l'anxiété à l'arrivée à l'hôpital.

Selon Smith et al. (2020), l'acupression permet de réduire les douleurs de l'accouchement comparé aux soins habituels. Ces études ont cependant un faible niveau de preuve et des recherches

supplémentaires sont nécessaires pour valider l'efficacité de l'acupression sur la douleur pendant le travail de l'accouchement (Smith et al., 2020).

Dans le cadre de notre travail, nous proposons une synthèse des données existantes concernant l'effet de l'acupression sur la gestion de la douleur lors de la phase de latence.

2.3.2. Massage

Dans l'Antiquité grecque et romaine, le massage était utilisé pour guérir et soulager, mais il fut délaissé en Occident durant le Moyen Âge, tandis qu'il perdura dans la culture arabe (Lidell et al., 2000). Aujourd'hui, les techniques de massage sont répandues dans le monde entier, avec des variantes telles que le massage suédois, le shiatsu ou la réflexologie. Elles sont particulièrement bénéfiques durant l'accouchement pour renforcer le lien physique et émotionnel avec la personne (Tiran, 2018). Pratiqué par le.la sage-femme ou le.la partenaire, le massage détend les muscles, calme la personne, inhibe la douleur en relaxant la musculature et améliore la circulation sanguine ainsi que l'oxygénation des tissus (Nabb et al., 2006). Les massages lombaires sont particulièrement appréciés par les femmes enceintes. Dans certaines cultures, le massage ventral est pratiqué pour favoriser la descente du fœtus, mais cette technique est déconseillée en Occident pour éviter les risques de décollement placentaire ou de descente d'organes (Tiran, 2018).

Cette méthode, simple d'accès, peut facilement être réalisée par les sages-femmes et/ou les partenaires après une courte formation (Tiran, 2018). Pour qu'un massage soit efficace, il est essentiel de créer un environnement propice à la détente, où le donneur reste attentif et le receveur pleinement réceptif. Tous les deux doivent se focaliser sur l'instant présent, sans être distraits par des pensées liées au passé ou au futur, afin de permettre un échange énergétique optimal (Lidell et al., 2000).

Le but du massage est de réconcilier le corps à l'esprit (L'Hermitte & Konieczpol, 2017). Cela est particulièrement important dans notre société où nous intellectualisons de plus en plus nos actes quotidiens et où le toucher disparaît de nos habitudes (Lidell et al., 2000). Cela est encore plus précieux durant l'accouchement, période durant laquelle il est demandé aux femmes de laisser aller leur corps et de relâcher tous leurs muscles entre les contractions pour favoriser le travail de l'accouchement. Le massage peut aider à cette détente et au soulagement des douleurs durant cette période (Lidell et al., 2000; Tiran, 2018).

Les bienfaits du massage sont largement reconnus : assouplissement des muscles, amélioration de la circulation sanguine et lymphatique, élimination des déchets et des toxines accumulées dans les tissus, tout en procurant détente, plaisir et bien-être (L'Hermitte & Konieczpol, 2017). Il a été prouvé que le massage soulageait la douleur dans certains cas spécifiques comme les céphalées aux urgences ou lors

des douleurs abdominales en ambulatoire (West, 2021). Le massage permet de diminuer le stress et l'anxiété en induisant un état de relaxation et un relâchement musculaire. Il permet donc d'augmenter le seuil de la douleur et d'en améliorer sa perception (West, 2021). Les massages à pression modérée réduisent le cortisol tout en augmentant la sérotonine et la dopamine conduisant à une sécrétion d'ocytocine qui contribue au bien-être (Smith et al., 2018). Ils favoriseraient également la sécrétion d'endorphines, aidant à atténuer la douleur, bien que cette hypothèse jugée plausible reste à confirmer scientifiquement (West, 2021). On peut donc remarquer que les effets du massage sur la douleur sont multifactoriels et qu'on n'en comprend pas encore tous les mécanismes.

D'après Smith et al. (2018), le massage pourrait contribuer à atténuer les douleurs liées à l'accouchement. Toutefois, ces résultats reposent sur des études au faible niveau de preuve, ce qui souligne la nécessité de recherches complémentaires afin de confirmer l'efficacité du massage pendant le travail (Smith et al., 2018).

Dans le cadre de ce travail, nous proposons une synthèse des connaissances actuelles sur l'impact du massage dans la gestion de la douleur au cours de la phase de latence.

2.4. Champ disciplinaire

Le champ disciplinaire, défini comme un cadre d'exploration des expériences à travers un domaine précis, permet une vision globale des thématiques étudiées (Fortin & Gagnon, 2016, p.101). Cette revue de la littérature sur l'acupression et les massages pendant la phase de latence s'inscrit dans le champ des sciences sages-femmes.

2.4.1. Sciences sage-femme

Afin d'appréhender et définir les sciences sage-femme, il est nécessaire d'en saisir les fondements. Selon la confédération internationale des sages-femmes (ICM), cette profession se distingue comme celle de référence pour accompagner les femmes tout au long de la grossesse, de l'accouchement et jusqu'au post-partum. Elle englobe la responsabilité de la santé maternelle et de celle du nouveau-né (ICM, 2014b, 2024).

Cette discipline s'appuie sur une philosophie, un modèle de soins et plusieurs concepts conçus pour guider et structurer les pratiques des sages-femmes (ICM, 2014b). La grossesse et l'accouchement doivent être perçus comme des processus naturels et significatifs autant pour la femme, sa famille et la communauté. Les sages-femmes, en tant que professionnel.les les mieux qualifié.es, assurent un accompagnement adapté aux parturientes, tout en veillant à promouvoir leur santé et à garantir le respect de leurs droits humains, reproductifs et sexuels (ICM, 2024). Il.elles valorisent également la

diversité culturelle et adoptent une approche fondée sur des principes éthiques tels que l'équité, la justice et la dignité humaine (ICM, 2014a). Cette vision holistique prend en compte l'ensemble des dimensions du bien-être des femmes enceintes (ICM, 2024). Les sages-femmes cherchent à favoriser la confiance et l'autonomie des femmes en établissant un partenariat respectueux et en assurant la meilleure qualité de soins par la continuité de ceux-ci (ICM, 2014b).

Le modèle de soins des sages-femmes est basé sur les notions de respect de la dignité humaine, la compassion et la défense des droits humains (ICM, 2014b). Les sages-femmes jouent un rôle central dans la protection de la santé des femmes et des nouveau-nés, tout en valorisant les capacités des femmes à donner naissance. Il.elles privilégient une approche non interventionniste pour les accouchements physiologiques et mettent l'accent sur une communication claire, favorisant ainsi la participation active et les décisions éclairées des femmes (ICM, 2014b, 2024). Les sages-femmes adoptent une approche respectueuse et adaptable, prenant en compte les besoins physiques, émotionnels et sociaux des parturientes et de leur entourage (ICM, 2014b). Il.elles responsabilisent les femmes dans la gestion de leur santé et collaborent avec d'autres professionnel.les pour offrir un accompagnement global adapté à chaque personne (ICM, 2014b, 2024).

Enfin, des concepts développés par divers auteur.es, tels que les soins centrés sur la femme (Leap, 2009), le partenariat (Pairman et al., 2015) et le droit au respect (WhiteRibbonAlliance & RMC, s. d.), permettent à le.la sage-femme d'adopter une pratique globale, en phase avec les besoins des femmes qu'il.elle accompagne.

En lien avec notre thématique de recherche, l'acupression et le massage s'inscrivent parfaitement dans les principes de soins centrés sur la femme et de respect de ses droits. Ces techniques, non invasives et personnalisées, visent à soulager la douleur tout en respectant l'autonomie et le choix des femmes et en leur permettant de participer activement à leur confort. Les professionnel.les répondent ainsi aux besoins physiques, émotionnels et sociaux des femmes, en offrant un soutien tangible pendant cette phase de travail, où la gestion de la douleur est cruciale. Ces pratiques renforcent également le partenariat entre la patiente et le.la professionnel.le de santé, en permettant un accompagnement respectueux et flexible.

2.5. Éthique

Dans la recherche scientifique, il est essentiel de respecter les droits et la protection des personnes, en évaluant les bienfaits et les conséquences possibles. Afin d'éviter des dérives, des cadres éthiques tels que le serment d'Hippocrate, la déclaration d'Helsinki ou encore le Code de Nuremberg ont été établis,

définissant l'éthique scientifique comme une réflexion sur les principes influençant les comportements humains (Fortin & Gagnon, 2016, p.149-157).

Dans la profession de sage-femme, l'éthique occupe également une place centrale. Le code international d'éthique de l'ICM affirme les droits fondamentaux des femmes, en promouvant justice, équité dans l'accès aux soins, respect, confiance et dignité (ICM, 2014a). Dans ce cadre, il est essentiel d'informer les femmes sur leurs droits, les options de soins disponibles et les risques associés.

Les médecines complémentaires, comme les massages et l'acupression, pourraient être intégrées pour soulager les douleurs du travail de l'accouchement, bien qu'elles ne fassent pas partie de la médecine traditionnelle occidentale. Leur utilisation nécessite une réflexion éthique approfondie, en s'assurant de leur efficacité scientifique et de leur sécurité. Lorsqu'elles sont intégrées de manière complémentaire aux pratiques médicales classiques, ces techniques enrichissent les soins répondant aux besoins spécifiques exprimés par les femmes, tout en respectant leurs choix et leur autonomie.

Selon Beauchamp & Childress (2019), il existe quatre principes éthiques ; l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice pouvant permettre un questionnement éthique des situations de soins. L'autonomie repose sur la responsabilité des soignant.es de communiquer des informations claires, complètes et objectives, permettant un consentement libre et éclairé concernant les médecines complémentaires. Respecter les choix des femmes enceintes favorise leur *empowerment* et renforce leur confiance en elle, notamment grâce à des explications préalables et des propositions adaptées au moment opportun.

Le principe de bienfaisance, qui vise à maximiser le bien-être et à réduire la souffrance, est étroitement lié au principe de non-malfaisance, qui impose de ne pas causer de tort. Ils guident cette démarche : maximiser le bien-être en soulageant la douleur tout en préservant la sécurité de la mère et du nouveau-né. Le massage ou l'acupression offrent des solutions efficaces pour atténuer la douleur pendant la phase de latence. Cependant, leur utilisation exige une réalisation et une réflexion rigoureuse afin de s'assurer qu'elles ne mettent pas en danger les femmes. Leur utilisation nécessite également une formation adéquate des professionnel.les et une communication transparente avec les femmes, afin de garantir leur sécurité et leur efficacité (Le Coz, 2019).

Enfin, le principe de justice impose un accès équitable aux soins, y compris aux médecines complémentaires, sans discrimination liée au milieu social, de l'ethnie ou de la religion. En ce sens, il est important que l'accès aux soins, y compris aux médecines complémentaires, soit accessible à toutes les femmes, sans exclure certains groupes en raison de leurs conditions sociales ou économiques. Pour éviter les inégalités, il est important de privilégier des techniques simples et accessibles, comme

l'acupression et le massage, qui ne nécessitent ni moyens coûteux ni ressources complexes, tout en répondant aux besoins de toutes les patientes (Le Coz, 2019).

Pour finir, notre travail s'inscrira dans le respect des principes éthiques, invoqués auparavant, et de l'intégrité scientifique, en garantissant fiabilité, honnêteté, et responsabilité envers les auteur.es cités. Nous veillerons à transmettre une revue de la littérature pertinente conforme aux exigences de la recherche scientifique afin d'apporter des perspectives éclairées et fondées pouvant enrichir les pratiques et réflexions autour des médecines complémentaires.

3. Question de recherche

Afin de structurer la question de recherche, nous avons utilisé la formule PICO pour déterminer avec précision les concepts clés. Ce travail s'intéresse aux effets de l'acupression et du massage sur la douleur des femmes enceintes pendant la phase de latence. Le tableau ci-dessous présente notre formulation PICO :

Tableau 1 : PICO

Population	Femme enceinte en phase de latence
Intervention	Acupression et/ou massage
Comparaison	Suivi habituel sans antalgie médicamenteuse
Outcome	Amélioration de la douleur perçue

Nous avons ensuite formulé notre question de recherche :

« Quel est l'impact des médecines complémentaires telles que l'acupression et/ou le massage sur la douleur durant la phase de latence comparé au suivi habituel sans antalgie médicamenteuse ? »

4. Méthodologie

4.1. Devis

Afin de répondre à la question de recherche, une revue de la littérature est effectuée dans le but d'explorer l'efficacité des médecines complémentaires, telles que l'acupression et les massages, pour soulager la douleur durant la phase de latence. Cette recherche s'inscrit dans une démarche quantitative, visant à identifier et comparer les effets de ces interventions non pharmacologiques sur la gestion de la douleur. Avant d'effectuer les premières recherches, nous souhaitons inclure exclusivement des études se déroulant à domicile, avant l'entrée à l'hôpital, et dont l'intervention était réalisée par le/la partenaire. Cependant, aucune étude n'a été trouvée sur ce sujet. Nous avons donc décidé de nous concentrer sur des études menées en milieu hospitalier avec des interventions facilement reproductibles après une courte formation.

4.2. Stratégie de recherche

A partir de la question de recherche, nous avons réalisé un tableau avec les mots-clés et leurs synonymes (sous la forme de descripteurs) afin d'effectuer ensuite des recherches ciblées sur nos bases de données (*Pubmed* et *CINAHL*). Les mots clés ont été identifiés puis traduits par le portail *HeTop*, qui nous a aussi permis d'identifier les opérateurs booléens. Ce processus de recherche a été validé par les bibliothécaires d'HESAV, spécialisé.es dans la recherche scientifique en santé.

Tableau 2 : Mots clés et opérateurs booléens PubMed

Douleurs		Phase de latence		Acupression et/ou massage
"Labor Pain"[Mesh]	AND	"Labor Stage, First"[Mesh]	AND	"Acupression"[Mesh]
OR		OR		"Massage"[Mesh]
"Pain"[Mesh]		"Labor Onset"[Mesh]		OR

Après discussion avec les bibliothécaires d'HESAV, sur *PubMed*, nous avons utilisé uniquement le terme "Therapy, Soft Tissue"[Mesh] car il comprend l'acupression et le massage.

Tableau 3 : Mots clés et opérateurs booléens CINAHL

Douleurs		Phase de latence		Acupression et/ou massage
MH "Pain+"	AND	MH "Labor Stage, First"	AND	MH "Massage+"
OR				OR
MM "Labor Pain"				MH "Acupression+"

Après discussion avec les bibliothécaires d'HESAV, sur *CINAHL*, nous avons utilisé uniquement le terme MH "Massage+" car il comprend les thérapies par le massage ainsi que l'acupression.

Les recherches ont été effectuées sur les moteurs de recherche *CINAHL* et *PubMed*. Il s'agit des moteurs de recherche les plus pertinents pour un devis quantitatif dans le domaine de la santé. *CINAHL* est un moteur de recherche spécialisé pour les soins infirmiers et les sciences de la santé, tandis que *PubMed* est une base de données spécialisée dans la médecine et les sciences biomédicales. Les équations utilisées pour chaque base de données sont les suivantes :

- *PubMed* : [("Labor Onset"[Mesh]) OR ("Labor Stage, First"[Mesh])] AND [("Pain"[Mesh]) OR ("Labor Pain"[Mesh])] AND ("Therapy, Soft Tissue"[Mesh])
- *CINAHL* : (MH "Labor Stage, First") AND [(MH "Labor Pain") OR (MH "Pain+")] AND (MH "Massage+)

Ces équations, avec le filtre excluant les articles de plus de 10 ans, ont permis d'obtenir 65 articles pouvant répondre à la question de recherche. Afin d'étoffer notre corpus de sélection, trois articles ont été trouvés par références croisées. Au total, 68 articles pouvaient répondre à la question de recherche.

4.3. Sélection des articles

Après une lecture des titres et abstracts, nous avons effectué une première sélection parmi les 68 articles [Annexe I : Grille analyses articles selon titre et résumé]. Selon les critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous (Tableau 4), 45 documents ont pu être exclus. Les 23 articles restants ont été lus intégralement pour affiner notre choix et sélectionner les neuf articles répondant au mieux à notre question de recherche [Annexe II : Grille analyses articles après lecture complète].

Tableau 4 : critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Article datant de moins de 10 ans	Articles non disponibles en entier
Articles en français, allemand ou anglais	Évaluation de la douleur avec une autre échelle que l'EVA ou l'EN
Doit aborder soit le massage, soit l'acupression, soit les 2 interventions	
Évaluation de la douleur durant la phase de latence (0-5cm)	Articles sans valeurs scientifiques, Revues systématiques, Méta-analyses ou Avis d'experts
Haut niveau preuve (étude randomisée contrôlée)	

Afin de garantir la pertinence et la fiabilité des résultats de notre travail, nous avons retenu les critères d'inclusion et d'exclusion présentés ci-dessus. Pour les critères d'inclusion, nous avons limité notre sélection aux dix dernières années, dans le but de nous appuyer sur des données actualisées et cohérentes avec les pratiques cliniques actuelles. Les articles devaient être rédigés en français,

allemand ou anglais, langues que nous maîtrisons, pour assurer une analyse précise et complète du contenu. Notre recherche s'est spécifiquement portée sur les études portant sur la phase de latence, le massage et l'acupression pour répondre à notre question de recherche. Nous avons également choisi de nous concentrer sur les essais randomisés contrôlés (RCT), reconnus pour leur haut niveau de preuve et leur rigueur méthodologique, afin de garantir la fiabilité et la généralisation des résultats.

Les critères d'exclusion ont permis d'écarter les études présentant une rigueur scientifique insuffisante ou ne répondant pas aux critères de sélection établis, tels que les revues systématiques, les méta-analyses ou les avis d'experts. Nous avons également exclu les recherches utilisant une autre échelle de mesure de la douleur que l'EVA ou l'EN, afin d'assurer la comparabilité des résultats entre les études. Par la suite, lors de la sélection de nos articles, nous avons veillé à exclure les études dont les interventions n'étaient pas facilement reproductibles en pratique clinique, notamment lorsqu'un niveau d'expertise trop élevé était requis.

Une fois nos articles sélectionnés, nous avons réalisé un diagramme de flux (Figure 1) avec l'origine de nos articles, les raisons d'exclusion et le nombre d'articles lus et analysés.

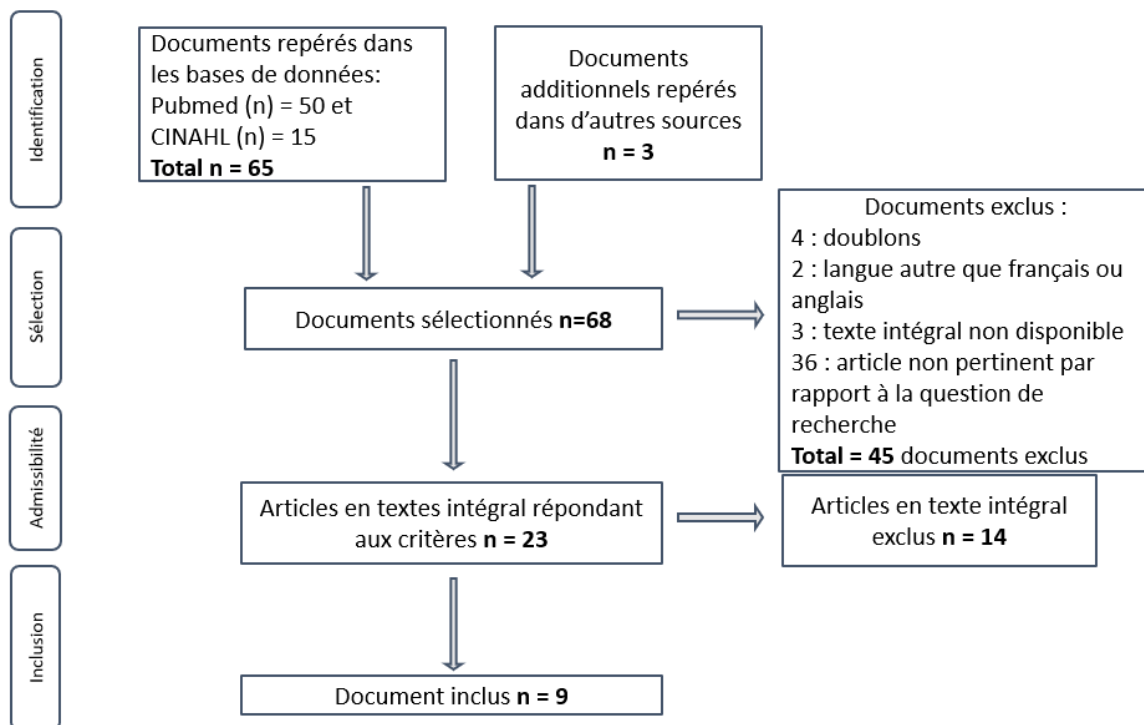


Figure 1 : Diagramme de flux - PRISMA

4.4. Evaluation de la qualité méthodologique des articles

Les articles sélectionnés étant exclusivement des essais randomisés contrôlés, nous les avons analysés à l'aide de la grille d'analyse *CONSORT* (Gedda, 2015). Ainsi, une grille pour chacun des articles a été remplie [Annexe III : analyses articles avec grille CONSORT].

4.5. Extraction et synthèse des résultats

Une fois toutes les grilles *CONSORT* remplies, nous avons réalisé un tableau de synthèse [Annexe IV : tableau récapitulatif d'analyse] de toutes les grilles afin d'avoir un aperçu général des résultats principaux. Cela nous a permis de construire et rédiger le chapitre des résultats puis celui de la discussion.

5. Résultats

Dans un premier temps, nous allons présenter des études portant sur l'acupression. Nous commencerons par l'article de Solt Kirca & Kanza Gul (2022), qui compare l'efficacité de l'acupression du point BL32 à celle d'une douche durant le travail. Ensuite, nous poursuivrons avec l'étude comparant l'acupression du point BL32 à celle du point LI4 de Ozgoli et al. (2016), suivie de l'article traitant uniquement de l'acupression du point LI4 par Hamlaci & Yazici (2017). Après, nous aborderons la recherche portant sur l'acupression du point GB21 écrite par Torkiyan et al. (2021). Nous terminerons par l'article portant sur le massage avec de la glace sur le point SP6 par Türkmen et al. (2024). Les différents points d'acupression cités seront détaillés dans les analyses ci-dessous.

La deuxième partie sera consacrée aux massages. Nous y aborderons l'étude sur le massage des pieds de Şanlı & Güngör Satılmış (2023), ainsi que l'article comparant le massage sacré à la musicothérapie par Öztaş et al. (2023).

Dans la dernière partie, nous aborderons des études comparant les effets du massage à ceux de l'acupression. Deux articles seront analysés : le premier, rédigé par Gönenç & Terzioğlu (2020), compare le massage à la stimulation du point SP6 ; le second, de Mammadov & Taş (2024), évalue le massage par rapport à la stimulation du point LI4.

5.1. Acupression

5.1.1. Article 1 (Solt Kirca & Kanza Gul, 2022)

Effects of acupression and shower applied in the delivery on the intensity of labor pain and postpartum comfort

Auteur.es : Ayça SOLT KIRCA, Derya KANZA GUL

Journal : *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*

Devis étude : essai contrôlé randomisé (RCT)

Lieu : Istanbul, Turquie

Objectif

L'objectif principal vise à déterminer les effets de l'acupression du point BL32 et de la douche sur la douleur lors du travail de l'accouchement mais aussi du confort du post-partum comparé à un groupe témoin. Les objectifs secondaires sont la comparaison de l'impact de ces deux méthodes non pharmacologiques sur la santé néonatale par le biais du score d'Apgar.

Méthodologie

Population d'étude

120 femmes enceintes ont été recrutées dans la salle d'attente de la maternité *Private Medipol Nisa Hospital* entre mai 2019 et janvier 2020. Les critères d'inclusions étaient :

- Âge 20-40 ans ;
- Fœtus en présentation céphalique ;
- Fœtus entre 2,5-4 kg ;
- Primipare ;
- Grossesse unique avec âge gestationnel entre 37-42 SA ;
- Souhait d'un accouchement voie basse (AVB) ;
- Dilatation cervicale <5cm ;
- Ne jamais avoir utilisé de méthodes non pharmacologiques pour soulager la douleur ;
- Ne pas avoir reçu d'analgésie ou d'anesthésie.

Et les critères d'exclusion :

- Maladie systémique lors de la grossesse (diabète gestationnel (DG), hypertension artérielle (HTA)) ;
- Prendre des traitements médicamenteux réguliers ;
- Ne pas être en mesure de communiquer ;
- Suivre un traitement psychiatrique (pharmacothérapie ou psychothérapie) ;
- AVB instrumenté ;
- Avoir reçu des interventions pharmacologiques pour la gestion de la douleur lors du travail.

Devis d'étude, collecte des données et critères de jugement

Une étude expérimentale de type essai contrôlé randomisé (RCT) a été réalisée au travers de trois groupes. Deux groupes expérimentaux ont reçu soit de l'acupression, soit une douche pendant le travail, tandis que le groupe témoin a bénéficié des soins hospitaliers habituels pendant l'accouchement.

L'intervention reçue par le groupe d'acupression a été réalisée sur le point BL32, situé au niveau du deuxième foramen du sacrum. Le chercheur était assis derrière la parturiente et exerçait une pression rotative profonde (jusqu'au changement de couleur du lit de l'ongle), tout en s'assurant que cela ne générerait pas d'inconfort. La pression était appliquée pendant les contractions, et ce, durant six contractions consécutives. L'intensité de la douleur a été évaluée à l'aide de l'EVA avant l'intervention, puis après les six contractions. Trois temps de mesure ont été analysés : durant la phase de latence (à 4-5 cm de dilatation), puis à 6-7 cm et à 8-10 cm.

Les critères de jugements principaux étaient l'évaluation de la douleur avec l'échelle de mesure EVA et l'échelle de confort post-partum (PPCQ) de 48 items. Le critère de jugement secondaire est l'évaluation néonatale par le score d'Apgar.

Résultats

Cette étude a montré une diminution significative des douleurs de l'accouchement grâce aux interventions mises en place, soit la douche ou l'acupression du point BL32. En effet, on remarque une diminution significative de la douleur dans le groupe d'acupression entre avant et après l'intervention ($p=0,015$) ainsi que dans le groupe de la douche ($p<0,001$) durant la phase de latence (4-5cm). La douche pourrait donc être plus efficace que l'acupression pendant la phase de latence. On remarque tout de même une amélioration entre le groupe d'acupression et le groupe témoin ($p<0,001$). Finalement, on remarque une amélioration significative des douleurs pour les deux d'interventions à toutes les étapes de la dilatation. Un confort supplémentaire lors du post-partum a aussi pu être démontré.

Cette étude a aussi permis d'identifier l'absence de facteurs de risque spécifiques. En effet aucune influence n'a pu être objectivée sur l'Apgar, ainsi que sur d'éventuelles complications physiques générales ou en lien avec une péjoration de l'évolution obstétricale en elle-même.

Points forts

Selon les auteur.es, cette étude montre une efficacité des méthodes utilisées qui ont réduit significativement la douleur lors de la phase de latence/du travail. Il y a aussi une amélioration du confort lors du post-partum qui est mis en évidence. Finalement, aucun effet indésirable autant du côté maternel que néonatal n'a été démontré.

Nous relevons également que ce sont des méthodes accessibles et faciles à mettre en place autant pour les sages-femmes que les partenaires des femmes enceintes. Cette étude montre un moyen d'amélioration du vécu de l'accouchement et donc renforce le lien mère-enfant. Cela permet aussi de favoriser, grâce à ces méthodes, l'autonomie des femmes dans la gestion de leur douleur et de réduire l'utilisation d'analgésiques.

Points faibles

Selon les auteur.es, les résultats ne peuvent pas être généralisés à toutes les femmes enceintes car cette étude était limitée à la douleur de l'accouchement et au niveau de confort post-partum des femmes primipares. Une autre limite est la taille réduite de l'échantillon. De plus, toutes les participantes ont reçu de l'ocytocine par perfusion au début du travail, contrairement à d'autres études

sur l'acupression et les douches dans lesquelles les participantes devaient connaître un début de travail spontané.

Nous relevons également un biais de sélection car cette étude concerne uniquement les grossesses physiologiques et les femmes primipares. Cela ne reflète donc pas la diversité des situations obstétricales. De plus, il peut y avoir un biais de confusion par l'influence du/de la chercheur.euse ou des soignant.es qui seront peut-être plus présent.es avec les femmes ce qui va modifier l'expérience en améliorant les ressentis de prises en charge. Aussi, il n'est pas précisé si ces patientes sont accompagnées d'un.e proche, ce qui pourrait constituer un biais, notamment si certaines sont seules. Dans cette étude, l'absence de double aveugle constitue un possible biais d'observation et de performance, l'évaluation de l'intervention pouvant être influencée de manière inconsciente par les participantes ou les chercheur.euses. De plus, l'administration systématique d'ocytocine en perfusion à l'ensemble des participantes représente une différence notable par rapport à d'autres études. Cela peut limiter la comparabilité des résultats et influencer les conclusions de l'étude.

Conclusion

Cet article présente une étude intéressante et pertinente sur l'efficacité de l'acupression du point BL32 et de la douche dans la gestion de la douleur de l'accouchement et l'amélioration du confort post-partum. La méthodologie employée d'un RCT donne à l'étude une certaine force permettant d'obtenir des résultats statistiquement significatifs. L'utilisation des échelles EVA pour mesurer la douleur et PPCQ pour évaluer le confort post-partum apporte une approche structurée et quantifiable. De plus, la simplicité d'utilisation ainsi que l'absence d'effets indésirables sur la mère et le nouveau-né renforcent l'intérêt clinique de ces méthodes.

En somme, cet article est scientifiquement solide mais présente certaines limites méthodologiques qui doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats. Pour renforcer la fiabilité et la généralisation des conclusions, une étude de plus grande ampleur, intégrant des profils de patientes plus variés et contrôlant mieux certains biais (double aveugle, présence d'un accompagnant, travail spontané vs induit), serait nécessaire. Malgré ces réserves, cette étude apporte des éléments intéressants qui encouragent l'intégration de ces méthodes dans la gestion de la douleur en salle de naissance (Solt Kirca & Kanza Gul, 2022).

5.1.2. Article 2 (Ozgoli et al., 2016)

Effect of LI4 and BL32 acupression on labor pain and delivery outcome in the first stage of labor in primiparous women : A randomized controlled trial

Auteur.es : Giti Ozgoli, Sedigheh Sedigh Mobarakabadi, Reza Heshmat, Hamid Alavi Majd, Zohreh Sheikhan

Journal : *Complementary Therapies in Medicine*

Date de publication : 15 octobre 2016

Devis étude : essai contrôlé randomisé (RCT)

Lieu : Téhéran, Iran

Objectif

L'objectif principal vise à comparer l'effet de l'acupression des points LI4 et BL32 sur l'intensité de la douleur pendant la première phase du travail et sur l'impact des issues de l'accouchement comparé à un groupe témoin. Les auteur.es évaluent aussi la satisfaction à travers la volonté des femmes de réutiliser la même méthode dans le futur, l'issue de l'accouchement ou encore le score d'Apgar du nouveau-né à 1 et 5 minutes.

Méthodologie

Population d'étude

105 femmes enceintes ont été recrutées dans le service d'obstétrique de la maternité de l'hôpital *Shahid Akbarabadi* (Téhéran) entre août 2008 et novembre 2008. Les critères d'inclusions étaient :

- Âge 19-35 ans ;
- Primipare ;
- Grossesse à terme (> 37 SA) ;
- AVB physiologique ;
- Présentation fœtale en céphalique ;
- Dilatation à > 4 cm ;
- Présence de minimum 3 contractions utérines (CU)/10 min.

Le seul critère d'exclusion était le refus de participer ou de continuer l'étude.

Devis d'étude, collecte des données et critères de jugement

Une étude expérimentale de type RCT a été réalisée au travers de trois groupes parallèles. Deux groupes expérimentaux ont reçu l'acupression dont un sur le point LI4 (situé entre le pouce et l'index; Figure 2) et l'autre sur les points BL32 (Figure 3). Le groupe témoin a uniquement reçu les soins de

routine. Chaque intervention a été effectuée et mesurée à plusieurs stades de la dilatation, 4-5 cm, 6-7 cm et 8-10 cm. À chacun de ces stades, l'acupression a été effectuée pendant 6 contractions.

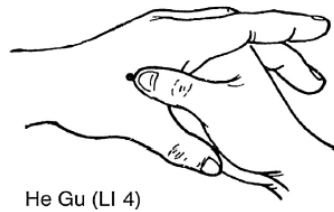


Fig. 1. Location of the LI4 point.
Source: <http://www.internalartsinternational.com/wp-content/uploads/2014/03/He-Gu-LI-41.jpg>.

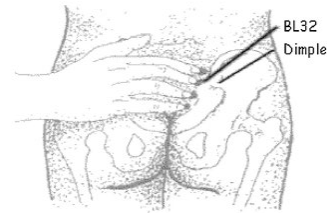


Fig. 2. Location of the BL32 point.
Source: <http://www.maternityacupressure.com/acupressure-techniques-for-use-during-childbirth.html>.

Figure 2 : point acupression LI4, tiré de l'article de Ozgoli et al., 2016

Figure 3 : point acupression BL32, tiré de l'article de Ozgoli et al., 2016

Le critère de jugement principal était l'évaluation de l'intensité de la douleur par le biais de l'échelle EN (de 0 à 10) qui a été effectuée pendant les différents moments du travail (4-5 cm, 6-7 cm, 8-10 cm) avant et après l'intervention proposée.

Les critères de jugements secondaires étaient l'issue de l'accouchement (AVB/césarienne), l'évaluation néonatale par l'Apgar et la satisfaction maternelle sur l'efficacité de l'intervention pour soulager la douleur (questionnaire de satisfaction) qui a été évaluée à deux heures post-partum.

Résultats

Cette étude a montré que l'intensité de la douleur avait significativement diminué dans les groupes ayant bénéficié d'acupression des points LI4 ($p=0,001$) et BL32 ($p=0,001$). Ces deux points sont efficaces pour diminuer la douleurs comparés au groupe témoin ($p=0,01$), et ce à chaque stade de dilatation évalué. Le point BL32 a été plus efficace pour diminuer la douleur lors de la phase de latence par rapport au point LI4 ($p=0,01$).

Par ailleurs, aucune différence significative n'a été observée entre les groupes pour l'issue de l'accouchement (césarienne ou voie basse) ($p=0,542$) ou l'évaluation néonatale par le score d'Apgar (1min : $p=0,57$, 5min : $p=0,35$). Les femmes ont exprimé le souhait de réutiliser la même méthode lors d'un accouchement futur dans 97% des cas pour le groupe ayant reçu une stimulation du point LI4 et dans 100% des cas pour le point BL32. Toutefois, cette différence n'est pas statistiquement significative, puisque 94% des femmes du groupe témoin ont également validé les soins de routine ($p=0,36$).

Enfin, aucun facteur de risque n'a été identifié au travers de l'analyse des résultats.

Points forts

Selon les auteur.es, cette étude met en évidence l'efficacité de l'acupression en tant que médecine complémentaire pour soulager la douleur pendant le travail. De plus, l'absence d'effets secondaires démontre la pertinence de ces techniques tant pour les mères que pour les nouveau-nés.

Nous relevons également la solidité de la méthodologie employée, avec des évaluations réalisées à différents stades de dilatation et l'utilisation d'une échelle de mesure validée. De plus, la faisabilité de l'acupression par les sages-femmes ouvre des perspectives intéressantes pour renforcer l'autonomie des équipes soignantes dans l'accompagnement du travail. Un autre point fort est la satisfaction élevée des participantes concernant leur expérience de l'accouchement, renforçant ainsi la pertinence clinique de l'approche proposée. Enfin, cette étude soutient l'intérêt d'intégrer des médecines complémentaires dans la gestion de la douleur obstétricale, en complément ou en alternative aux traitements pharmacologiques classiques.

Points faibles

Selon les auteur.es, les principales limites de l'étude résident dans l'absence de groupe placebo ainsi que dans le fait que le point LI4 a été stimulé unilatéralement, contrairement au point BL32.

Nous relevons également un biais de sélection, puisque seules des femmes primipares ayant une grossesse physiologique ont été incluses, ce qui restreint la généralisation des résultats. Par ailleurs, l'étude ayant été menée en Iran, les pratiques cliniques et les protocoles de soins peuvent différer de ceux en vigueur en Suisse, limitant encore l'application de leurs conclusions. Un biais de confusion est également possible du fait de la présence continue d'un.e chercheur.euse auprès des participantes lors des phases de travail, ce qui est susceptible d'influencer la perception de la douleur. Enfin, l'absence d'aveuglement des évaluateur.rices et des participantes expose l'étude à un biais d'observation et de performance, la subjectivité pouvant affecter l'évaluation des effets du traitement.

Conclusion

L'acupression des points LI4 et BL32 est efficace et sans danger pour soulager la douleur durant la phase de latence chez les femmes enceintes primipares. Elle pourrait être intégrée aux pratiques cliniques comme alternative ou complément aux approches pharmacologiques. Toutefois, des études complémentaires sont nécessaires, notamment avec un groupe placebo, une stimulation bilatérale, et des populations plus diversifiées (Ozgoli et al., 2016).

5.1.3. Article 3 (Hamlaci & Yazici, 2017)

The Effect of Acupression Applied to Point LI4 on Perceived Labor Pains

Auteur.es : Hamlaci Yasemin & Yazici Saadet

Journal : *Holistic Nursing Practice*

Date de publication : 8 novembre 2017

Devis étude : essai contrôlé randomisé (RCT)

Lieu : Istanbul, Turquie

Objectif

L'objectif principal vise à évaluer l'effet de l'acupression du point LI4 sur la douleur ressentie lors du travail de l'accouchement comparé à un groupe témoin. Les objectifs secondaires sont de pouvoir améliorer l'efficacité de l'utilisation du point d'acupression LI4.

Méthodologie

Population d'étude

88 femmes enceintes ont été recrutées dans la salle d'accouchement de la maternité de l'hôpital *T.R. Ministry of Health Bagcilar Training and Research Hospital*, en Turquie entre juin 2012 et septembre 2012. Les critères d'inclusions étaient :

- Grossesse unique et à terme entre 37- 40 SA confirmé par ultrason ;
- Poids fœtal estimé entre 2,5-4kg ;
- Grossesse physiologique et une bonne santé habituelle maternelle ;
- Début de la mise en travail spontanée ;
- Dilatation cervicale < 5 cm ;
- Désir d'un AVB.

Et les critères d'exclusion :

- Présence de complications médicales ;
- Issue de l'accouchement par césarienne ;
- Utilisation d'analgésie pharmacologique ;
- Refus ou la volonté de se retirer de l'étude.

Devis d'étude, collecte des données et critères de jugement

Une étude quantitative expérimentale de type RCT a été réalisée au travers de deux groupes parallèles : un groupe expérimental qui a reçu une pression bilatérale sur le point LI4, détecté par un punctomètre (Figure 4) et un groupe témoin qui a reçu des soins de routine. Les deux groupes ont évalué leur douleur

grâce à l'EVA à deux étapes du travail, 4-5 cm de dilatation et 7-8 cm. L'intervention d'acupression a été réalisée par 8 séances à 4-5 cm et 8 à 7-8 cm.



FIGURE 3. Detecting Point LI4.

Figure 4 : Punctomètre, utilisé pour détecter le point LI4, tiré de Hamlacı & Yazici, 2017

Le critère de jugement principal était l'intensité de la douleur mesurée avant et après l'intervention d'acupression. Les critères de jugements secondaires étaient la durée du travail (suivi par un formulaire spécifique tout au long du travail) ainsi que la satisfaction maternelle par rapport à l'intervention proposée (évaluée avec un questionnaire post-partum, deux heures après l'accouchement). L'analyse visait à comparer les niveaux de douleur perçue et la durée du travail entre les deux groupes.

Résultats

Cette étude a montré que l'acupression du point LI4 diminuait significativement l'intensité de la douleur perçue pendant la phase de latence avant et après l'intervention ($p=0,0001$) et comparé au groupe témoin ($p=0,0001$). Elle a aussi permis de démontrer une réduction significative de la durée du travail après la première intervention dans le groupe acupression par rapport au groupe témoin ($p=0,021$).

Les mères ayant bénéficié de l'acupression ont globalement exprimé une satisfaction plus élevée par rapport à leur expérience du travail (97,3%), même si certaines ont jugé l'acupression partiellement suffisante pour contrôler leur douleur (43,2%). Aucun facteur de risque particulier n'a été identifié à la suite de l'intervention.

Points forts

Selon les auteur.es, cette étude confirme l'efficacité de l'acupression du point LI4 pour réduire la douleur du travail et raccourcir la durée de l'accouchement.

Nous relevons également que cette étude s'appuie sur une méthodologie de qualité. Par exemple, la randomisation a été réalisée de manière simple et transparente par enveloppes scellées, limitant les biais d'attribution. L'intervention d'acupression a été appliquée de façon rigoureuse et standardisée, en termes de localisation, d'intensité et de moment du travail, améliorant ainsi la reproductibilité des résultats. L'utilisation d'outil de mesure validé (EVA) pour mesurer la douleur renforce la qualité des

données analysées. Aussi, les auteur.es ont pris en compte les dimensions de la durée du travail et de la satisfaction maternelle pour renforcer l'intérêt de l'acupression comme médecine complémentaire dans la gestion de la douleur obstétricale.

Points faibles

Selon les auteur.es, la stimulation d'un seul point d'acupression, la taille de l'échantillon relativement restreinte ainsi que la durée prolongée de leur étude limitent les conclusions générales.

Nous relevons également quelques biais possibles. Les auteur.es n'ont inclus que des grossesses physiologiques, réduisant la généralisation des résultats à des contextes obstétricaux plus variés et induisant donc un biais de sélection. Un biais de confusion par la présence constante d'un chercheur.euse pendant le travail pourrait influencer l'expérience des participantes et sous-estimer la douleur perçue. Finalement, l'absence d'aveuglement des participantes et des évaluateur.ices, peut provoquer un biais d'observation et de performance car cela peut amplifier l'effet perçu de l'acupression.

Conclusion

L'étude d'Hamlaci & Yazici (2017) renforce l'intérêt de l'acupression comme médecine complémentaire, simple et efficace pour soutenir les parturientes durant le travail. Toutefois, la généralisation des résultats reste limitée en raison de l'homogénéité de l'échantillon et de l'absence d'aveuglement. Des recherches complémentaires, menées sur des populations plus variées et intégrant des protocoles en double aveugle, seraient nécessaires pour confirmer ces conclusions et élargir leur portée.

5.1.4. Article 4 (Torkiyan et al., 2021)

The effect of GB21 acupression on pain intensity in the first stage of labor in primiparous women : A randomized controlled trial.

Auteur.es : Torkiyan, H., Sedigh Mobarakabadi, S., Heshmat, R., Khajavi, A., & Ozgoli, G.

Journal : *Complementary Therapies in Medicine*

Date de publication : 16 février 2021

Devis étude : essai contrôlé randomisé (RCT)

Lieu : Varamin City, Iran

Objectif

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les effets de l'acupression au niveau du point GB21 pour soulager la douleur durant le travail de l'accouchement comparé à un groupe témoin.

Méthodologie

Population d'étude

181 femmes enceintes ont été recrutées dans la salle d'attente de la maternité *Shahid Mofatteh* à *Varamin City*, en Iran, entre mars 2018 et août 2018. Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Primiparité ;
- Âge 18-35 ans ;
- Grossesse entre 37 et 41 SA ;
- Grossesse unique ;
- Intention d'utiliser des interventions pour soulager la douleur ;
- Début du travail ;
- Présentation longitudinale du fœtus ;
- Absence d'antécédents de maladies mentales ou somatiques ;
- Absence de maladies chroniques ;
- Grossesse considérée comme à faible risque.

Les critères d'exclusion comprenaient le refus de poursuivre la participation à l'étude ainsi que le recours à une césarienne en urgence.

Devis d'étude, collecte des données et critères de jugement

Une étude de type RCT en simple aveugle a été réalisée. Un minimum de 58 femmes par groupe était requis pour obtenir des résultats significatifs. Les participantes tiraient au sort une enveloppe numérotée entre 1 et 174. Ces numéros étaient aléatoirement répartis entre trois groupes : groupe d'intervention, groupe simulé et groupe témoin. En cas d'élimination d'une participante de l'étude, son numéro était replacé dans une enveloppe et mélangé avec les autres pour maintenir la randomisation.

Les interventions se déroulaient sur des femmes assises dans une position confortable. Une pression était exercée sur le point d'acupression GB21 (situé à mi-chemin entre la vertèbre C7 et l'acromion; Figure 5), depuis le début de la contraction jusqu'à sa fin, à l'aide des pouces, avec des mouvements légers tout en maintenant une pression constante sur le point. Ce processus durait 20 minutes à 4–5 cm, 6–7 cm et 8–10 cm de dilatation.

Dans le groupe simulé, le même processus était réalisé mais le point n'était pas le point GB21 mais le point « sham » (ou « simulé ») qui n'est lié à aucun point d'acupression (Figure 6). Ce point permettait l'étude en simple aveugle. L'intensité de la douleur était mesurée à l'aide de l'EN avant et après l'intervention pour évaluer l'effet de celle-ci sur la douleur.

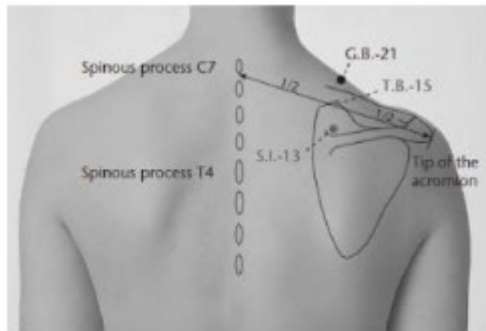


Fig. 1. Location of GB21.
 Source: <http://acupuncture-schoolonline.com/g-b-21-shoulder-well-jianjing-acupuncture-points.html>.

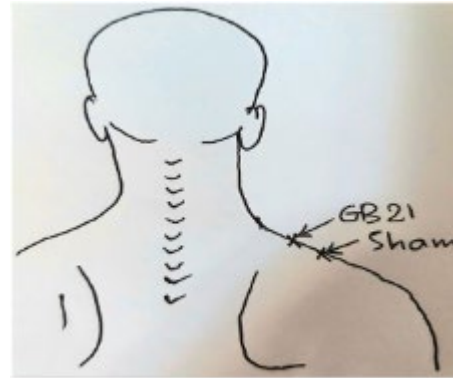


Fig. 3. Sham point.

Figure 5 : point GB21, tiré de l'article de Torkiyan et al., 2021

Figure 6 : point simulé, tiré de l'article de Torkiyan et al., 2021

Le critère de jugement principal était l'intensité de la douleur, évaluée à l'aide de l'EN (0–10). Les critères de jugement secondaires comprenaient l'utilisation de médication, le recours à une césarienne, les scores d'Apgar néonataux à 1 et 5 minutes de vie, la satisfaction maternelle, ainsi que l'intention des femmes de recourir à cette méthode pour un futur accouchement.

Résultats

L'étude a révélé une diminution significative de la douleur dans les groupes d'intervention. Le groupe GB21 a montré une réduction significative de la douleur à 4-5 cm de dilatation ($p=0,001$) par rapport au groupe témoin. De même, le groupe simulé a également présenté une diminution significative de la douleur ($p=0,001$) par rapport au groupe témoin. Par ailleurs, le groupe GB21 a montré une diminution de la douleur significativement plus importante ($p=0,001$) que le groupe simulé. Ces résultats suggèrent que les femmes ayant reçu l'intervention au point GB21 ont connu le plus grand soulagement de la douleur, suivies par celles ayant reçu le massage simulé, tandis que celles du groupe contrôle ont observé une augmentation de la douleur à chaque étape ($p=0,001$).

En outre, la satisfaction des femmes était significativement plus élevée dans le groupe GB21 par rapport aux groupes simulé et contrôle ($p=0,001$). Aucune relation n'a été établie entre l'intervention et des facteurs de risque, et cette intervention n'a exercé aucune influence sur le déroulement de l'accouchement (médication, césarienne) ni sur le nouveau-né (poids de naissance, score d'Apgar).

Points forts

Selon les auteurs, l'un des points forts de cette étude réside dans l'inclusion de trois groupes. En effet, la présence d'un groupe simulé a permis de mieux comprendre l'influence de l'effet placebo sur la douleur. Un autre atout de cette étude est l'absence d'effets indésirables, tant sur le plan maternel que néonatal, et l'absence d'effets secondaires associés à l'acupression sur le point GB21.

Nous soulignons également que cette étude a évalué l'impact global de l'intervention. Les effets ont été observés non seulement sur la santé de la femme (mode d'accouchement), mais aussi sur sa satisfaction et sur le bien-être du nouveau-né (score d'Apgar). Enfin, une autre force de cette étude réside dans l'utilisation du groupe simulé, qui permet de déterminer dans quelle mesure l'acupression au niveau du point GB21 a un effet réel sur la douleur lors de l'accouchement. De plus, étant donné que cette étude présente un groupe simulé, cela a permis de minimiser le biais d'observation et de performance.

Points faibles

Selon les auteur.es, la diminution de la douleur observée dans le groupe simulé pourrait être attribuée à trois facteurs : l'effet placebo, la proximité avec le point GB21 (le point simulé étant trop proche du point GB21, ce qui aurait pu activer ce dernier), ou la possibilité qu'un autre point, correspondant au point simulé mais encore non identifié, soit impliqué. Les auteur.es ont également noté que les femmes en fin de travail ne sont pas toujours confortables en position assise, et que l'acupression a été réalisée sur un seul point, sans application bilatérale. Ils suggèrent donc qu'il serait pertinent de mener une étude supplémentaire pour évaluer dans quelle mesure l'application bilatérale de la pression est nécessaire pour soulager la douleur durant l'accouchement.

Nous soulignons également que cette étude a été réalisée dans un seul hôpital en Iran, et qu'il serait judicieux d'étendre cette recherche pour déterminer si cette intervention a des effets similaires sur une population plus diversifiée. De plus, la population de cette étude est relativement jeune (âge moyen de 23 ans). Il s'agit donc d'un biais de sélection, les résultats de cette étude ne sont donc pas applicables à une autre population.

Conclusion

L'étude de Torkiyan et al. (2021) démontre que l'acupression sur le point GB21 est efficace pour soulager les douleurs du travail de l'accouchement pendant la phase de latence. Bien qu'un point simulé entraîne déjà une amélioration de la douleur sans effets secondaires, l'acupression sur le point GB21 permet une réduction significative de la douleur et une augmentation de la satisfaction des femmes par rapport au groupe simulé.

5.1.5 Article 5 (Türkmen et al., 2024)

The Effect of Ice Massage Applied to the SP6 Point on Labor Pain, Labor Comfort, Labor Duration, and Anxiety : A Randomized Clinical Trial

Auteur.es : Türkmen, H., Çetinkaya, S., Kiliç, H., Tuna, S. D., Şirvanci, M., & Mutlu, H.

Journal : *Journal of Midwifery & Women's Health*

Date de publication : 15 janvier 2024

Devis étude : essai contrôlé randomisé (RCT)

Lieu : Atatürk, Turquie

Objectif

L'objectif principal vise à déterminer les effets du massage au froid sur le point d'acupression SP6 sur la douleur du travail, la durée de l'accouchement et l'anxiété pendant le travail comparé à un groupe témoin. L'objectif secondaire est d'évaluer le niveau de confort des femmes enceintes durant le travail.

Méthodologie

Population d'étude

100 femmes enceintes ont été recrutées dans la salle d'attente de la maternité de l'hôpital *Atatürk City Hospital* à Balıkesir situé dans une province de Turquie entre décembre 2021 et juillet 2022. Les critères d'inclusions étaient les suivants :

- Grossesse unique ;
- Fœtus en bonne santé ;
- Age gestationnel entre 38 et 40 SA ;
- Désir d'un AVB ;
- Présentation céphalique ;
- Première phase de travail ;
- Avoir une dilatation à 4-5 cm.

Les critères d'exclusion étaient :

- Multipare ;
- Grossesse multiple ;
- Grossesses à haut risque (toutes complications lors de la grossesse et de l'accouchement) ;
- Arriver à l'hôpital avec une dilatation cervicale supérieure à 5 cm.

Devis d'étude, collecte des données et critères de jugement

Une étude expérimentale de type RCT a été réalisée au travers d'un groupe expérimental qui a reçu un massage avec de la glace sur le point d'acupression SP6 (situé 4 doigts au-dessus de la malléole interne;

Figure 7) pendant la première phase du travail. Ainsi qu'un groupe témoin qui a reçu les soins hospitaliers usuels pendant l'accouchement. Les deux groupes ont évalué l'intensité des douleurs une première fois avant l'introduction de l'intervention puis à trois stades de dilatation 4-5 cm, 6-7cm, 8-9cm une fois que l'intervention d'acupression a été effectuée. L'intervention était mise en place pendant trois contractions avant d'être évaluée.

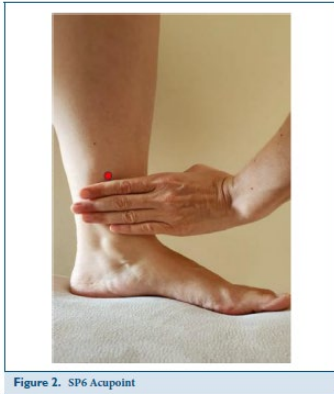


Figure 7 : point d'acupression SP6, tiré de l'article de Türkmen et al., 2024

Les critères de jugement principaux étaient l'évaluation de la douleur mesurée grâce à l'EVA, la durée de l'accouchement et l'anxiété pendant le travail mesurée avec l'échelle : « State-Trait Anxiety Inventory » (STAI). Le critère de jugement secondaire était le niveau de confort pendant le travail mesuré par un questionnaire de satisfaction, le « Childbirth Comfort Questionnaire » (CCQ). Une analyse complémentaire a exploré la corrélation entre le confort et l'anxiété.

Résultats

Cette étude a montré que les femmes du groupe ayant reçu le massage avec la glace sur le point SP6 ont présenté des scores de douleur significativement plus bas par rapport au groupe témoin. Pendant la phase de latence, les femmes du groupe d'intervention ont rapporté des scores de douleur nettement inférieurs après avoir reçu l'intervention ($p=0,001$). En revanche, aucune différence statistiquement significative n'a été relevée entre les deux groupes concernant la durée totale du travail ($p=0,805$), le niveau d'anxiété ($p>0,05$) ou le confort ($p=0,438$). Elle a aussi permis d'identifier qu'aucun effet indésirable n'a été constaté.

Points forts

Selon les auteurs, cette étude souligne l'efficacité de l'intervention du massage avec la glace sur le point d'acupression SP6 pour réduire les douleurs tout au long du travail. Elle met en évidence, aussi, qu'aucun effet secondaire n'a été constaté et que l'intervention proposée est simple et accessible.

Nous relevons également que les auteur.es ont veillé à utiliser une méthodologie d'un haut niveau de preuve par un RCT. Il.elles ont utilisé des outils de mesure validés comme l'EVA, STAI ou CCQ pour recueillir leurs données. Finalement, les auteur.es ont exploré plusieurs dimensions de l'expérience du travail lors de l'accouchement comme le confort, l'anxiété ou la durée du travail pour tenter d'apporter une vision globale de l'impact de l'intervention proposée.

Points faibles

Selon les auteur.es, les principales limites de leur étude résident tout d'abord dans le fait qu'elle ait été menée dans un seul établissement hospitalier, ce qui restreint la généralisation des résultats à d'autres contextes cliniques ou à des populations plus hétérogènes. Il.elles soulignent que les pratiques de soins, comme l'administration systématique d'ocytocine pendant le travail, l'accompagnement en one-to-one, le recours limité aux antalgiques pharmacologiques ou encore le faible taux de césariennes, ne sont pas représentatives de toutes les prises en charge obstétricales, notamment dans d'autres pays. Les auteur.es mentionnent également comme limite méthodologique l'impossibilité d'assurer l'aveuglement des participantes et des évaluateur.ices, ce qui expose l'étude à un biais d'observation et de performance. Enfin, il.elles reconnaissent l'absence d'évaluation de l'anxiété avant l'intervention, ce qui limite la capacité à analyser l'évolution réelle de cet indicateur tout au long du travail.

Nous relevons également des limites par la présence de différents biais. Un biais de sélection peut être identifié car les participantes étaient toutes primipares, avec une grossesse physiologique, dans un même contexte hospitalier. Un biais de confusion peut également être envisagé en raison de l'absence de précisions sur certains facteurs externes pouvant influencer l'expérience de la douleur, comme le niveau de soutien apporté par le.la sage-femme lors de l'intervention, potentiellement plus présente dans le groupe expérimental. Enfin, le suivi des participantes manque de transparence. En effet, bien que les auteur.es présentent un diagramme de flux, l'exclusion de femmes ayant développé des complications obstétricales est mentionnée sans que le moment exact de leur sortie de l'étude soit précisé, ce qui limite la clarté du processus de sélection final ainsi que la reproductibilité de l'étude.

Conclusion

Cette étude soutient l'efficacité du massage avec de la glace sur le point SP6 comme médecine complémentaire, à la fois simple, accessible et sans risque. Elle permet de soulager la douleur et d'améliorer le confort maternel pendant le travail. Toutefois, son effet sur l'anxiété et la durée du travail demeure limité. Des recherches complémentaires, menées à plus grande échelle et dans des contextes cliniques variés, seraient nécessaires pour confirmer ces résultats et encourager l'intégration de cette approche dans la prise en charge obstétricale. Il serait également pertinent d'explorer, dans de futures

études, les modalités optimales d'application, notamment en ce qui concerne la fréquence et la durée de l'intervention (Türkmen et al., 2024).

5.2. Massages

5.2.1. Article 6 (Şanlı & Güngör Satılmış, 2023)

Effect of Foot Massage on Labor Pain in Parturient Women

Auteur.es : Yasemin Şanlı, İlkay Güngör Satılmış

Journal : *Alternative Therapies*

Date de publication : Mars 2023

Devis étude : essai contrôlé randomisé (RCT)

Lieu : Karaman, Turquie

Objectif

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les effets du massage des pieds chez les femmes enceintes pendant le travail sur les douleurs de l'accouchement comparé à un groupe témoin. Les autres aspects analysés incluent la durée de l'accouchement, le recours à des interventions médicales, les pertes sanguines en post-partum ainsi que l'état émotionnel des femmes.

Méthodologie

Population d'étude

80 femmes enceintes ont été recrutées dans la salle d'attente de la maternité d'un hôpital public situé dans le nord-ouest de la Turquie, entre décembre 2016 et mai 2017. Les critères d'inclusion comprenaient :

- Âge de plus de 18 ans ;
- Primipare ;
- Entre 37 et 40 SA ;
- En phase de latence ;
- Ne pas avoir reçu d'antalgiques ou de sédatifs durant le travail ;
- Absence d'œdèmes, de varices veineuses, de plaies, lésions, masses, callosités, mycoses au niveau des pieds ou des chevilles ;
- Absence de maladies chroniques, de grossesse multiple ou à haut risque ;
- Grossesse spontanée ;
- Absence de malformation fœtale ou de retard de croissance intra-utérin (RCIU) ;
- Pas de malformation physique maternelle, ni de pathologies psychiatriques ;

- Exprime le souhait de participer à l'étude.

Les critères d'exclusion :

- Participantes chez qui le massage n'a pas pu être mené à terme ;
- Participantes ayant accouché par césarienne ;
- Participantes ayant reçu des analgésiques ou des sédatifs au cours du travail.

Devis d'étude, collecte des données et critères de jugement

Une étude expérimentale de type RCT a été menée. Les femmes du groupe d'intervention ont reçu un massage « classique » des pieds (Figure 8) à 4-5 cm, 6-7 cm et 8-9 cm de dilatation cervicale, chaque séance de massage durait 20 minutes. Les soins usuels ont été prodigués aux femmes du groupe témoin.

Le critère de jugement principal est l'évaluation de la douleur à l'aide de l'EVA durant le travail de l'accouchement. Les critères de jugement secondaires comprenaient la durée du travail, les pertes sanguines après l'accouchement, le degré des déchirures périnéales, ainsi que les taux d'hématocrite et d'hémoglobine en période prénatale et post-partum. L'échelle « Labor Agency Scale (LAS) » a été utilisée pour évaluer l'expérience émotionnelle des mères après l'accouchement. Enfin, une évaluation du massage a été recueillie auprès des femmes du groupe d'intervention dans les deux heures suivant l'accouchement.

Figure 2. Foot massage application steps³⁷



Figure 8 : étapes du massage des pieds, tiré de l'article de Şanlı & Güngör Satılmış, 2023

Résultats

Les résultats de cette étude ont montré une diminution significative de la douleur après 20 minutes de massage des pieds à 4-5 cm de dilatation dans le groupe d'intervention ($p=0,000$), tandis qu'une augmentation significative de la douleur a été observée dans le groupe contrôle ($p=0,000$). Aucune différence significative n'a été relevée entre les scores de douleurs des deux groupes avant l'intervention ($p>0,05$).

Par ailleurs, aucun facteur de risque associé à l'intervention n'a été identifié. Des effets bénéfiques ont en revanche été mis en évidence : la durée des deuxième et troisième phases du travail était

significativement plus courte dans le groupe d'intervention ($p < 0,05$), les femmes de ce groupe ont présenté un taux plus faible de déchirures périnéales ($p < 0,05$), et les pertes sanguines post-partum étaient moindres par rapport au groupe témoin ($p < 0,05$). Enfin, les participantes du groupe d'intervention ont exprimé un très haut niveau de satisfaction à l'égard du massage reçu.

Points forts

Selon les auteur.es, l'étude a été réalisée dans une maternité unique, ce qui a permis de contrôler les facteurs environnementaux, les critères démographiques étant ainsi très similaires. Ce facteur constitue une force de l'étude, car il garantit que les conditions environnementales étaient uniformes.

Nous soulignons également que cette étude a examiné l'impact du massage des pieds sur d'autres facteurs maternels, tels que la durée des stades du travail, l'hémorragie post-partum ainsi que le niveau de satisfaction.

Points faibles

Selon les auteur.es, plusieurs points faibles sont à souligner dans cette étude. Tout d'abord, les facteurs psychologiques pouvant influencer la douleur, tels que l'état psychique de la femme, n'ont pas été évalués. De plus, les résultats proviennent principalement d'auto-évaluations réalisées par les patientes, ce qui peut introduire un biais de confusion, d'autres facteurs externes pouvant influencer ces évaluations. En outre, l'étude a été menée dans une seule maternité, ce qui limite la généralisation des résultats à d'autres établissements et amène un biais de sélection. Une autre limite de cette étude est qu'elle n'évalue pas l'impact de l'intervention sur le nouveau-né.

Nous constatons également des limites méthodologiques, notamment un biais d'observation et de performance vu l'absence d'aveuglement, qu'il soit simple ou double. Un biais de confusion à considérer est l'impact de la réception des soins par rapport à l'absence de soins, qui pourrait également jouer un rôle dans l'expérience vécue des participantes. On peut également relever que l'ensemble de la population de cette étude est composé de femmes jeunes et primipares. Les résultats ne peuvent donc pas être généralisés à l'ensemble de la population. Des études supplémentaires dans des contextes différents seraient nécessaires.

Conclusion

L'étude de Şanlı & Güngör Satılmış (2023) a démontré l'efficacité du massage des pieds pour réduire la douleur pendant le travail de l'accouchement et durant le post-partum immédiat. Cependant, d'avantages d'études sont nécessaires pour confirmer ces résultats dans d'autres populations avant de pouvoir en faire une généralité. Cette intervention pourrait être proposée aux parturientes afin de

soulager les douleurs du travail au vu de l'absence d'effets indésirables et des effets protecteurs du massage des pieds.

5.2.2. Article 7 (Öztaş et al., 2023)

The Effects of Sacral Massage and Music Therapy Applied to Primiparous Women in Labor on Labor Pain, Postpartum Comfort, and Posttraumatic Growth: A Randomized Controlled Trial

Auteur.es : Hatice Gul Oztas, Nilay Gokbulut, Emine Ibici Akca

Journal : *International Journal of Traditional and Complementary Medicine Research*

Date de publication : 17 juillet 2023

Devis étude : essai contrôlé randomisé (RCT)

Lieu : sud de la Turquie

Objectif

L'objectif de cette étude est de déterminer les effets du massage sacré et de la musicothérapie chez les femmes primipares durant le travail de l'accouchement sur la douleur, le confort post-partum ainsi que la croissance post-traumatique (changement positif après un traumatisme) comparé à un groupe témoin.

Méthodologie

Population d'étude

105 femmes enceintes ont été recrutées dans la salle d'attente d'une maternité publique dans un hôpital de province dans le sud de la Turquie entre avril et juillet 2022. Les critères d'inclusions étaient :

- Femmes primipares à terme admises en salle d'accouchement ;
- Grossesse unique ;
- Volontaires pour participer à l'étude.

Les critères d'exclusion étaient :

- Troubles auditifs ;
- Intégrité cutanée altérée ;
- Utilisation d'analgésiques ou d'anesthésiques durant le travail ;
- Césarienne en urgence.

Devis d'étude, collecte des données et critères de jugement

Une étude de type RCT a été réalisée au travers d'une interview en salle de naissance, l'évaluation du niveau de la douleur avec l'EVA, le remplissage de deux questionnaires sur le confort en post-partum ainsi que sur la croissance post-traumatique.

Le massage était appliqué dans la région sacrée (S1-S4) pendant que la parturiente était assise ou allongée sur le côté durant 10min lors de la phase de latence (4-5cm), la phase active (5-7cm) et la phase de transition (8-10cm). Le groupe de musique écoutait de la musique traditionnelle turque (Rehavi) avec des écouteurs pendant 20min lors de chaque phase.

Le critère de jugement principal était l'évaluation de la douleur durant le travail de l'accouchement via l'EVA. Les critères de jugements secondaires étaient le confort en post-partum ainsi que le changement psychologique positif qui apparaît après un évènement important dans la vie (évalué par le questionnaire sur la croissance post-traumatique).

Résultats

Le niveau de douleur était similaire pour chaque groupe au début de l'étude ($p=0,138$). Durant la phase de latence, on remarque une diminution significative de la douleur dans le groupe du massage après l'intervention ($p=0,000$). On remarque également une diminution significative de la douleur dans le groupe de la musicothérapie après l'intervention ($p=0,000$). Dans le groupe témoin, la douleur reste similaire après l'intervention ($p=0,317$). On remarque ainsi une diminution significative de la douleur dans les groupes d'intervention par rapport au groupe témoin ($p=0,000$). Les auteur.es ajoutent également que le massage était plus efficace que la musicothérapie pour diminuer les douleurs de la phase de latence, les scores d'évaluation de la douleur étant plus bas dans le groupe du massage que dans le groupe de la musicothérapie.

Des résultats similaires ont été observés pour le confort : l'échelle de confort a montré une amélioration significative du confort physique ($p<0,001$), du confort psychospirituel ($p<0,001$) et du confort socioculturel ($p<0,05$), avec des effets plus marqués chez les femmes ayant bénéficié du massage comparé à celles des groupes de musicothérapie et témoin.

En ce qui concerne la croissance post-traumatique, les femmes ayant reçu le massage ont également montré une amélioration significative de leur relation avec les autres ($p<0,001$), un changement positif dans leur philosophie de vie ($p<0,05$), ainsi qu'une transformation de la perception d'elles-mêmes ($p<0,05$).

Dans l'ensemble, le massage apparaît comme la méthode la plus efficace pour soulager la douleur, améliorer le confort et favoriser la croissance post-traumatique, bien que la musicothérapie offre également des bénéfices par rapport à l'absence d'intervention.

Points forts

Selon les auteur.es, cette étude présente une homogénéité des groupes importante pour déterminer que ces résultats n'ont pas été influencés par la démographie des populations représentées. Par ailleurs, aucun effet secondaire lié aux interventions proposées a été observé. De plus, elle confirme les résultats d'autres recherches menées ailleurs ce qui permet de renforcer leurs résultats.

Nous relevons également que la méthodologie de cette étude est robuste avec une répartition aléatoire des participantes pour réduire les biais de sélection. On remarque également que l'échantillon est calculé et respecté ce qui permet une puissance statistique adéquate. Les caractéristiques sociodémographiques sont homogènes entre les différents groupes ce qui diminue les biais de classement. L'étude ne se limite pas à l'évaluation de la douleur mais aussi au confort ainsi qu'à la croissance post-traumatique offrant ainsi une vision globale des bénéfices des interventions. Les interventions proposées sont également facilement reproductibles et simples à appliquer par les professionnel.les et/ou les partenaires.

Points faibles

Selon les auteur.es, cette étude a été réalisée uniquement sur des femmes primipares hospitalisées durant leur phase de latence dans un seul hôpital en Turquie. Cela est un biais de sélection qui ne permet pas de généraliser les résultats obtenus.

Nous relevons également un biais d'observation et de performance étant donné le manque d'aveuglement de cette étude. De plus, nous constatons un biais de confusion dans cette étude pour les femmes ayant reçu une intervention par rapport au groupe témoin. Les améliorations peuvent être liées à la présence d'un.e professionnel.le plutôt que par l'intervention en soi.

Conclusion

L'étude d'Öztaş et al. (2023) évalue l'efficacité des massages du sacrum et de la musicothérapie dans la gestion de la douleur, le confort post-partum et la croissance post-traumatique chez des femmes primipares en travail. Les résultats indiquent que ces interventions non pharmacologiques permettent une réduction significative de la douleur tout au long du travail, favorisent un meilleur confort en post-partum et contribuent au renforcement des liens sociaux en modifiant positivement la perception de la vie. Ces approches sont pertinentes dans la pratique obstétricale pour promouvoir le bien-être global des femmes lors de l'accouchement. Cependant il serait nécessaire de continuer les recherches dans ce domaine afin de confirmer et d'étendre les résultats.

5.3. Effets de l'acupression et du massage

5.3.1. Article 8 (Mammadov & Taş, 2024)

The effect of acupression and massage on labor pain and birth satisfaction : a randomized controlled trial

Auteur.es : Betül Mammadov, Çağla Tas

Journal : *Explore*

Date de publication : 25 avril 2024

Devis étude : essai contrôlé randomisé (RCT)

Lieu : Nicosie, Chypre

Objectif

L'objectif principal vise à déterminer les effets de l'acupression et du massage dans la gestion de la douleur durant la première phase du travail de l'accouchement chez les femmes primipares comparé à un groupe témoin. Les objectifs secondaires sont les effets de l'acupression et du massage dans le vécu de l'accouchement.

Méthodologie

Population d'étude

66 femmes enceintes ont été recrutées dans la salle d'attente de la maternité de *Nicosie* à Chypre entre novembre 2022 et juin 2023. Les critères d'inclusions étaient :

- Dilatation cervicale de 3 cm ;
- Primipare ;
- Hospitalisée à Nicosie (Chypre) ;
- Grossesse physiologique ;
- Fœtus unique en position longitudinale, sain et à terme ;
- Être volontaire pour participer à l'étude.

Les critères d'exclusion étaient :

- Complication liée à la grossesse ;
- Comorbidités ;
- Recevoir une analgésie ou anesthésie durant le travail de l'accouchement.

Devis d'étude, collecte des données et critères de jugement

Une étude de type RCT a été réalisée au travers d'un tirage au sort. Les 66 participantes ont été réparties en 3 groupes de 22 participantes chacun, un groupe acupression, un groupe massage et un groupe témoin.

Dans tous les groupes, la douleur a été évaluée avec l'EVA au début et à la fin de la phase de latence. Dans le groupe du massage, un massage sacré (Figure 9) était effectué pendant les contractions en position latérale. Entre les contractions, un massage permettant de libérer de l'endorphine (Figure 10) était effectué sur le dos de la femme en position assise. Les massages étaient réalisés pendant 10 minutes durant la phase de latence (3-4cm), la phase active (5-7cm) et la phase de transition (8-10cm).

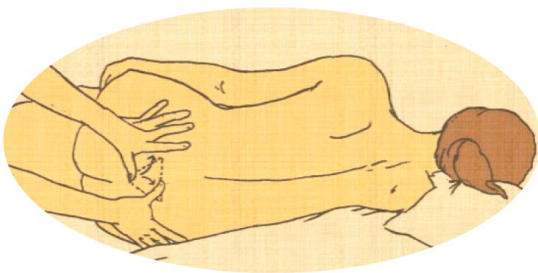


Fig. 1. Sacral massage.



Fig. 2. Endorphin massage.

Figure 9 : massage sacré, tiré de l'article de Mammadov & Taş, 2024

Figure 10 : massage pour libérer les endorphines, tiré de l'article de Mammadov & Taş, 2024

Dans le groupe d'acupression, une pression était effectuée avec les doigts sur le point LI4 (Figure 11). Une bande de points d'acupression (Figure 12) était utilisée pour marquer le point identifié par les chercheur.euses. L'acupression était effectuée durant 3 minutes pendant chaque phase durant le point culminant de la contraction.



Fig. 3. LI 4 Acupressure point.

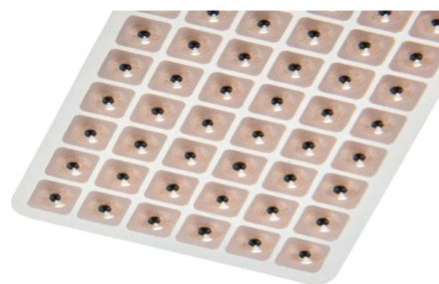


Fig. 4. Acupressure Point tapes.

Figure 11 : point acupression LI4, tiré de l'article de Mammadov & Taş, 2024

Figure 12 : bande de points d'acupression, tiré de l'article de Mammadov & Taş, 2024

Le critère de jugement principal était l'évaluation de la douleur à l'aide de l'EVA. Le critère de jugement secondaire était la satisfaction de l'accouchement évalué à l'aide de la « Birth Satisfaction Scale » (BSS).

Résultats

Les résultats montrent une différence significative de la douleur entre le début et la fin de la phase de latence dans les groupes ayant bénéficié d'acupression ($p=0,000$) et de massage ($p=0,000$), indiquant une diminution notable de la douleur dans ces deux groupes. En revanche, dans le groupe témoin, une légère augmentation de la douleur est observée entre le début et la fin de la phase de latence, mais cette variation n'est pas statistiquement significative ($p>0,05$). On remarque à la fin de la phase de latence que le groupe du massage est celui étant le plus soulagé par l'intervention par rapport au groupe d'acupression. Par ailleurs, au début de la phase de latence, les niveaux de douleur dans le groupe ayant reçu l'acupression sont statistiquement plus élevés que ceux du groupe massage et du groupe témoin ($p=0,006$).

Concernant la satisfaction, les différences entre les trois groupes sont significatives ($p<0,05$). Le groupe massage se distingue par un niveau de satisfaction supérieur à celui du groupe acupression ($p<0,05$), tandis que le groupe acupression est également statistiquement plus satisfait que le groupe témoin ($p<0,05$). Plus précisément, 90% des participantes du groupe massage se déclarent satisfaites de l'intervention et souhaitent la recevoir à nouveau, contre 68% dans le groupe acupression.

Points forts

Selon les auteur.es, cette étude permet de comparer l'efficacité de l'acupression sur le point LI4 ainsi que le massage sacré et lombaire sur la douleur durant le travail de l'accouchement. L'étude évalue également la satisfaction des femmes par rapports aux différentes interventions et permet d'avoir non seulement une diminution de la douleur mais également le ressenti des femmes par rapport à ces interventions.

Nous pouvons relever que cette étude est bien construite sur le plan méthodologique : il s'agit d'un RCT avec un calcul de puissance statistique justifié a priori, permettant d'atteindre une taille d'échantillon suffisante pour garantir la significativité des résultats. Les critères d'inclusion sont clairement définis et les interventions sont standardisées ce qui limite les biais de performance. On constate également que ces interventions sont réalisables en service d'obstétrique, tant en termes de durée que de fréquence. Aucun effet indésirable n'a également été trouvé ce qui montre la sécurité de ces interventions. La forte satisfaction exprimée par les participantes souligne l'impact positif de ces médecines complémentaires sur la perception de l'accouchement, un aspect essentiel mais souvent sous-estimé dans la pratique.

Points faibles

Selon les auteur.es, cette étude s'est limitée aux femmes enceintes présentant des douleurs sacrées ainsi que des lombalgies pendant la fin de la grossesse et ayant une grossesse physiologique. L'étude était également située dans un unique hôpital à Nicosie (Chypre) et est donc peu généralisable. Cette étude se focalise uniquement sur le point d'acupression LI4 ainsi que sur le massage sacré. Ses résultats ne sont donc pas généralisables à d'autres points d'acupressions ni à d'autres types de massages.

Nous remarquons un biais de sélection avec des femmes uniquement primipares et ayant des grossesses physiologiques. Un biais de confusion de cette étude est le fait que les groupes n'ont pas un niveau similaire de douleur au début de l'étude. Un autre biais de confusion de cette étude est que ce sont les chercheur.euses eux.elles-mêmes qui ont effectués les interventions aux parturientes. Nous remarquons également un biais d'observation et de performance car cette étude n'est pas en aveugle.

Conclusion

Cette étude de type RCT montre que l'acupression sur le point LI4 et le massage sont deux interventions efficaces pour diminuer les douleurs lors de la phase de latence. Cependant, le massage se distingue comme l'intervention la plus efficace pour soulager la douleur, tout en étant associé aux meilleurs scores de satisfaction et du souhait de réutiliser la même méthode pour un futur accouchement pour les femmes (Mammadov & Taş, 2024).

5.3.2. Article 9 (Gönenç & Terzioğlu, 2020)

Effects of Massage and Acupression on Relieving Labor Pain, Reducing Labor Time, and Increasing Delivery Satisfaction

Auteur.es : Gönenç, I. M., & Terzioğlu, F.

Journal : *Journal of Nursing Research*

Date de publication : 28 février 2020

Devis étude : essai contrôlé randomisé (RCT)

Lieu : Turquie

Objectif

L'objectif principal vise à évaluer les effets du massage et de l'acupression sur la gestion de la douleur pendant la première phase du travail comparé à un groupe témoin. Les objectifs secondaires sont d'évaluer les effets du massage et de l'acupression sur la durée du travail et la satisfaction de la femme de son accouchement.

Méthodologie

Population d'étude

120 femmes enceintes ont été recrutées dans une maternité turque entre août 2012 et mars 2013. Les critères d'inclusions étaient :

- Indication pour un accouchement par voie basse ;
- Primipare ;
- Âge 20-30 ans ;
- Moins de 4 cm de dilatation ;
- Entre 38 et 42 SA ;
- Fœtus en position longitudinale ;
- Grossesse unique ;
- Fœtus en bonne santé ;
- Absence de complications pendant le travail ;
- Pas d'utilisation d'analgésie ou d'anesthésie.

Aucun critère d'exclusion était nommé dans cette étude.

Devis d'étude, collecte des données et critères de jugement

Une étude de type RCT a été réalisée au travers d'une randomisation simple par tirage au sort. Les participantes ont été réparties dans quatre groupes, trois groupes expérimentaux et un groupe témoin. Chaque groupe comptait 30 femmes.

Le premier groupe a reçu un massage pendant 30 minutes pendant la phase de latence (3-4cm) au niveau de la tête, du cou, des épaules, des bras et des mains ainsi que des jambes et des pieds. Le groupe acupression a reçu une session de 30 minutes d'acupression sur le point SP6 pendant la phase de latence (3-4cm) à l'aide d'un bracelet d'acupression (bracelet élastique doté d'un picot en plastique). Le groupe massage et acupression ont reçu les deux interventions en simultanément. Pour finir, le groupe témoin a reçu les soins usuels proposés dans le service.

Le critère de jugement principal était l'évaluation de l'intensité de la douleur par l'EVA. La douleur était évaluée avant et après chaque intervention. Les critères de jugements secondaires étaient la durée de la dilatation ainsi que la satisfaction maternelle à l'aide de l'échelle "Birth Satisfaction Scale" (BSS).

Résultats

Les résultats de l'étude révèlent une diminution de la douleur après l'intervention dans les groupes ayant reçu un massage seul ou une combinaison de massage et d'acupression. Les scores d'EVA sont significativement plus faibles après l'intervention dans ces deux groupes ($p < 0,01$ pour le groupe

massage et $p < 0,001$ pour le groupe massage + acupression). Le groupe ayant reçu uniquement l'acupression a vu une diminution de la douleur qui n'est pas statistiquement significative ($p = 0,141$). Concernant le groupe témoin, on observe une augmentation significative de la douleur ($p < 0,001$). En ce qui concerne la durée de la dilatation cervicale, le groupe ayant reçu le massage seul présente le temps de dilatation le plus court, tandis que le groupe témoin enregistre le temps le plus long. Toutefois, ces différences ne sont pas statistiquement significatives ($p > 0,05$).

En termes de satisfaction, 100% des femmes ayant bénéficié de la combinaison massage et acupression se déclarent satisfaites, contre 96% dans le groupe massage et 93% dans le groupe acupression, ce qui témoigne d'une très bonne acceptabilité des interventions. Le score d'Apgar des nouveau-nés est comparable entre tous les groupes, sans différence statistiquement significative ($p > 0,05$). Enfin, une légère tendance à une utilisation plus fréquente d'oxygène est observée dans le groupe témoin par rapport aux groupes ayant reçu une intervention, bien que cela ne soit pas analysé comme statistiquement significatif.

Points forts

Selon les auteur.es, cette étude a appliqué diverses interventions durant différents stades de la dilatation et a évalué la douleur à travers toutes ces phases ce qui permet une étude complète sur les interventions. L'effet des interventions sur les nouveau-nés a été évalué grâce au score d'Apgar. Cela a démontré qu'il n'y a pas d'incidence sur les nouveau-nés. Il.elles ont également évalué la satisfaction des femmes concernant les interventions ce qui renforce les bénéfices de leur utilisation.

Nous relevons également que cette étude compare l'acupression au massage et avait un groupe combinant les deux interventions, cela est très pertinent pour compléter la réponse à notre question de recherche. De plus, le nombre de personnes incluses dans l'étude correspond au nombre nécessaire afin que les résultats soient significatifs. De plus, au sein de chaque groupe, toutes les femmes recevaient l'intervention de la part du même chercheur.euse, garantissant ainsi une uniformité dans la manière dont celle-ci était réalisée.

Points faibles

Selon les auteur.es, l'étude n'a été réalisée que dans une seule clinique et avec une population homogène, les résultats ne sont donc pas généralisables à une autre population. Une autre limite de leur travail est l'exclusion des femmes ayant reçu des médicaments pour soulager les douleurs. Afin de comparer les médicaments aux médecines complémentaires, une autre étude serait nécessaire pour valider leur efficacité.

Nous relevons également un biais de sélection dans cette étude qui concerne uniquement des femmes primipares enceintes d'une grossesse unique ce qui ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble d'une population. Nous remarquons aussi, que les auteur.es n'ont pas spécifié la localisation de l'hôpital. Par déduction, il semble qu'il soit situé en Turquie. Cette étude présente également un biais d'observation et de performance, car elle n'a pas été menée en aveugle et ce sont les chercheur.euses eux.elles-mêmes qui ont réalisé les interventions auprès des participantes.

Conclusion

Cette étude de type RCT met en évidence l'efficacité du massage et de l'acupression dans la gestion de la douleur durant la phase de latence du travail. Les résultats montrent une diminution significative de la douleur dans les groupes ayant reçu un massage seul ou combiné à l'acupression, ainsi qu'un haut niveau de satisfaction maternelle, en particulier dans le groupe ayant bénéficié des deux interventions. Bien que la durée de la dilatation et les paramètres néonataux ne présentent pas de différences significatives entre les groupes, ces médecines complémentaires apparaissent comme sûres et bien acceptées (Gönenç & Terzioğlu, 2020).

6. Discussion

Dans le cadre de ce travail, nous avons analysés neuf essais randomisés pour répondre à notre question de recherche qui est la suivante : « Quel est l'impact des médecines complémentaires telles que l'acupression et/ou le massage sur la douleur durant la phase de latence comparé au suivi habituel sans antalgie ? ».

6.1. Interprétation des résultats et comparaison avec la littérature

6.1.1. Acupression

Pour évaluer les effets de l'acupression sur les douleurs durant la phase de latence, quatre articles ont été sélectionnés évaluant les points BL32, LI4, SP6 et GB21. Dans l'étude de Solt Kirca & Kanza Gul (2022), le point BL32 a été stimulé – un point situé au niveau du sacrum, réputé pour son efficacité dans le soulagement des douleurs liées au travail de l'accouchement. Une diminution significative de la douleur a été observée pendant la phase de latence ($p=0,015$) chez les femmes ayant bénéficié d'acupression en comparaison au groupe témoin. Par ailleurs, aucune conséquence négative n'a été relevée sur les issues maternelles ou fœtales, comme en témoignent les scores d'Apgar inchangés et l'absence de complications obstétricales rapportées (Solt Kirca & Kanza Gul, 2022).

Ce même point d'acupression a également été exploré par Ozgoli et al. (2016) qui l'a comparé au point LI4, également couramment utilisé en acupression. Les résultats de cette recherche ont montré une réduction significative de la douleur dans les deux groupes, par rapport au groupe témoin ($p=0,01$). Cependant, le point BL32 s'est montré plus efficace que le point LI4 de manière significative ($p=0,01$). Aucune différence n'a été observée entre les groupes concernant les issues maternelles et néonatales, les scores d'Apgar et le déroulement de l'accouchement demeurant similaires (Ozgoli et al., 2016).

Ces observations rejoignent celles de Hamlacı & Yazici (2017) dont l'étude s'est centrée sur le point LI4. Là encore, une baisse significative de la douleur durant la phase de latence a été constatée comparativement au groupe témoin ($p=0,0001$). De plus, une satisfaction maternelle plus élevée a été relevée chez les femmes ayant bénéficié de cette intervention (Hamlacı & Yazici, 2017).

Ensuite, l'étude de Torkiyan et al. (2021) introduit un autre point d'acupression, le point GB21. Les résultats montrent une réduction significative de la douleur à la fois par rapport au groupe témoin ($p=0,001$) et au groupe simulé ($p=0,001$), sans effets indésirables sur le déroulement de l'accouchement ni sur les paramètres néonataux (Torkiyan et al., 2021).

Enfin, Türkmen et al. (2024) ont évalué l'effet du massage avec de la glace appliquée sur le point SP6 pendant la phase de latence. Leur étude révèle une diminution statistiquement significative de l'intensité de la douleur ($p=0,001$). En revanche, aucune différence significative n'a été observée concernant la durée totale du travail ($p=0,805$), le niveau d'anxiété ($p>0,05$) ou le confort maternel ($p=0,438$). Aucun effet indésirable n'a été rapporté, ce qui suggère que cette intervention est bien tolérée (Türkmen et al., 2024). Ces résultats peuvent être mis en parallèle avec ceux de l'étude de Mirzaee et al. (2020), issue de recherches supplémentaires, qui ont exploré l'efficacité de l'acupression, avec ou sans application de glace, sur le point LI4 au cours du travail (sans distinction de phase). Ils concluent que les deux modalités sont efficaces pour réduire la douleur, mais que l'acupression seule, sans glace, entraîne une réduction plus importante de l'intensité douloureuse. Cela suggère que l'ajout de glace pourrait atténuer l'effet bénéfique de la stimulation du point d'acupression (Mirzaee et al., 2020). De manière complémentaire, Dehcheshmeh & Rafiei (2015) ont montré que l'acupression avec application de froid sur le point LI4 permet une réduction significative de la douleur chez les femmes en phase de latence, comparativement aux soins de routine.

Les résultats de l'ensemble de ces études convergent : l'acupression, qu'elle soit appliquée seule ou en combinaison avec du froid sur les points BL32, LI4, SP6 ou GB21, semble contribuer efficacement à la réduction de la douleur pendant la phase de latence, tout en préservant la sécurité maternelle et néonatale, et en améliorant la satisfaction des parturientes. Mais, il convient de souligner que les points d'acupression (SP6 vs LI4 par exemple) ainsi que les différentes techniques (bracelet, doigts, glace) utilisés varient entre les études, les résultats ne peuvent donc pas totalement être comparables.

En complément, des études issues d'une recherche supplémentaire dans la littérature confirment l'effet antalgique de la stimulation d'autres points d'acupression, notamment BL31, BL32, BL33 et BL34 pendant la phase de latence, avec une réduction significative de la douleur, bien que l'effet sur l'anxiété ne soit pas significatif (Norhapifah et al. (2024).

Dans leur revue systématique portant sur les effets de l'acupression pendant la phase de latence, Raana & Fan (2020) montrent que cette méthode reste efficace pour soulager la douleur au début du travail. La majorité des études incluses comparent les effets d'un point réel à un point fictif. Les auteurs précisent que les bienfaits de l'acupression apparaissent environ une heure après le début de l'intervention (Raana & Fan, 2020). Cela s'expliquerait par le fait que l'intensité des douleurs augmente progressivement avec la fréquence des contractions (Raana & Fan, 2020). C'est pourquoi ils recommandent de proposer l'acupression plusieurs fois, environ toutes les 30 minutes, pendant toute la durée du travail, afin de maintenir son efficacité. Ils soulignent aussi que son efficacité dépend de plusieurs éléments comme la technique utilisée, la durée, le choix des points d'acupression et la

fréquence d'application (Raana & Fan, 2020). Les compétences de la personne qui réalise l'acupression sont également importantes, car elles peuvent influencer les résultats. Il est donc essentiel de suivre un protocole bien défini pour en tirer le meilleur bénéfice (Raana & Fan, 2020).

Malgré ces résultats encourageants, d'autres études mettent en lumière certaines limites. Par exemple, la revue de Smith et al. (2020) indique que les preuves concernant l'efficacité de l'acupression restent de très faible certitude pour la diminution de la douleur et l'augmentation de la satisfaction maternelle. Les auteurs suggèrent un besoin de recherches complémentaires avec des analyses plus rigoureuses (Smith et al., 2020).

En revanche, les fondements physiologiques, soutenus par la méthode Bonapace, soutiennent les résultats de notre corpus (Bonapace et al., 2013). Cette méthode repose sur le concept de l'hyperstimulation analgésique pendant les contractions. Les partenaires sont invité.es à provoquer une douleur secondaire en appliquant une pression sur des points gâchettes, comme des points d'acupression. Ce mécanisme neurophysiologique explique comment une douleur secondaire provoquée volontairement (par exemple via le BL32 ou le LI4) peut inhiber la perception de la douleur principale liée aux contractions (Bonapace et al., 2013).

Simkin & Bolding (2004) affirment que l'acupression est aussi nommée shiatsu. Medforth et al. (2024) vont plus loin en désignant les bénéfices du shiatsu : soulagement des tensions, meilleure circulation de l'énergie vers l'utérus et le périnée, libération émotionnelle, réduction des maux de tête, recentrage de l'attention de la femme sur son bébé plutôt que sur la douleur. Bien que ce manuel souligne que les avantages restent peu étayés scientifiquement, il reconnaît un intérêt certain à l'intégration de cette pratique dans l'accompagnement global de la naissance, notamment par les sages-femmes (Medforth et al., 2024).

Au-delà de la réduction de la douleur, l'acupression semble également présenter des bénéfices sur la durée du travail. En effet, la revue systématique de Mollart et al. (2015) rapporte que l'ensemble des cinq études incluses sur ce sujet ont mis en évidence une réduction significative sur la durée de dilatation chez les femmes ayant bénéficié d'acupression, comparativement à un placebo ou à l'absence d'intervention. Ces résultats suggèrent que cette méthode pourrait non seulement améliorer le confort maternel, mais aussi favoriser une progression plus efficace du travail. Toutefois, afin de confirmer ces effets et d'en explorer les mécanismes sous-jacents, des recherches supplémentaires sont nécessaires, en particulier des essais de grande envergure réalisés dans des contextes variés (Mollart et al., 2015). Dans notre corpus, les résultats présentés par Hamlacı & Yazici (2017) tendent vers les mêmes conclusions. En effet, la durée de la phase de latence y est significativement plus courte ($p=0,021$) dans le groupe ayant reçu l'intervention d'acupression.

Ainsi, les effets de l'acupression sur la douleur durant la phase de latence sont encore beaucoup questionnés et il n'existe pas de consensus sur un point qui pourrait être recommandé. Les études sur le sujet sont de plus en plus nombreuses et aucun effet indésirable n'a encore été détecté à ce jour. Les points d'acupression évalués dans ce travail ont tout de même montré leur efficacité et peuvent donc être envisagés avec prudence et discernement, en tenant compte du contexte clinique, des préférences des femmes et des compétences des professionnel.les.

6.1.2. Massages

Deux études analysées évaluent l'influence des massages sur la douleur lors de la phase de latence (Öztaş et al., 2023; Şanlı & Güngör Satılmış, 2023). L'étude de Şanlı & Güngör Satılmış (2023) démontre que la douleur diminue significativement durant la phase de latence grâce au massage des pieds ($p=0,000$) alors que le groupe témoin augmente significativement sa douleur ($p=0,000$). Cette étude démontre également l'absence d'effets secondaires liés à l'intervention et une diminution de la durée du travail de l'accouchement ($p<0,05$), une diminution des déchirures périnéales ($p<0,05$) et un très grand niveau de satisfaction des participantes (Şanlı & Güngör Satılmış, 2023).

L'étude d'Öztaş et al. (2023) démontre que le massage sacré permet de diminuer la douleur de manière significative durant la phase de latence ($p<0,001$) et que cette intervention est plus efficace que la musicothérapie. Même si cette dernière a une influence positive sur les douleurs durant la phase de latence. On remarque également que le massage sacré permet d'améliorer le confort en post-partum ainsi que le vécu de la femme. Il a aussi un impact positif sur l'apprentissage en post-partum ($p<0,05$) (Öztaş et al., 2023).

Les articles d'Öztaş et al. (2023) et de Şanlı & Güngör Satılmış (2023) comportent des interventions différentes car les massages ne sont pas effectués sur la même partie du corps mais le mécanisme d'action reste le même et les deux montrent une réduction significative des douleurs durant la phase de latence.

En complément, des études issues d'une recherche supplémentaire dans la littérature, comme celle de McNeill et al. (2006), montre que la réflexologie (massage plantaire) permet de réduire significativement l'utilisation du Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (*MEOPA*), un gaz à inhaler permettant une analgésie légère à modérée. Ces résultats tendent à valider les conclusions de Şanlı & Güngör Satılmış (2023), présentés dans notre corpus, en confirmant que le massage des pieds permet de diminuer l'intensité de la douleur lors de la phase de latence.

Les résultats d'Öztaş et al. (2023), présentés dans notre corpus, sont appuyés par Makvandi et al. (2025) qui confirment l'effet bénéfique du massage sacré sur la réduction de l'intensité des douleurs pendant

le travail, tout en précisant qu'il n'a pas d'effet sur sa durée. Les auteurs insistent sur la sécurité de cette méthode et en recommandent l'utilisation dans la pratique clinique (Makvandi et al., 2025). Aussi, la méthode du massage sacré, n'est pas nouvelle et, est utilisée (associée à d'autres interventions) par la méthode Bonapace depuis déjà de nombreuses années (Bonapace et al., 2013). En effet, cette méthode utilise d'abord le massage sacré comme une stimulation non douloureuse du site de la douleur ce qui empêche les transmissions douloureuses. Ensuite, le massage douloureux est utilisé pour modifier les perceptions de la douleur. Cette méthode démontre son efficacité sur les femmes nullipares comme multipares (Bonapace et al., 2013). Une étude, issue d'une recherche supplémentaire dans la littérature, d'Unalmis Erdogan et al. (2017) confirme que le massage du bas du dos a un impact significatif pour diminuer les douleurs et améliorer la satisfaction de l'accouchement. Les auteurs recommandent aux professionnels de santé d'utiliser le massage en salle de naissance (Unalmis Erdogan et al., 2017). De plus, une autre étude effectuée en 2018 a montré que le massage du dos est plus efficace que le changement de position en termes de soulagement de la douleur (Abdul-Sattar Khudhur Ali & Mirkhan Ahmed, 2018).

En plus de diminuer la douleur, une étude supplémentaire de Simkin & Bolding (2004) démontre que l'anxiété et la tension artérielle sont significativement plus basses pour les femmes en travail dans le groupe du massage. La technique du massage a été enseignée au partenaire qui effectuait ensuite l'intervention. Ceci a montré une diminution des douleurs et de l'anxiété (Simkin & Bolding, 2004).

Selon le Manuel Oxford en Sciences sage-femme (Medforth et al., 2024), les massages réguliers pendant la grossesse et pendant le travail permettent de diminuer le niveau de stress des femmes enceintes. Si la femme souhaite être massée par son.s.a accompagnant.e formé.e au cours de la grossesse, il est important de la soutenir dans son choix. Toutefois, cet ouvrage souligne que les bénéfices des massages sont actuellement peu documentés et que leur efficacité n'est pas formellement prouvée. Par ailleurs, voici une liste non exhaustive des contre-indications au massage : inflammation et opération récente, varices, thrombopénie, sciatique, antécédents de thrombose – en particulier pour les massages au mollet, les femmes à tendance hypotendue, etc. (Medforth et al., 2024, p.413).

Enfin, d'après la revue systématique Cochrane de Smith et al. (2018), les massages peuvent diminuer les douleurs de l'accouchement, la durée du travail ainsi qu'améliorer le sentiment de contrôle de la femme et son expérience du travail de l'accouchement. Cependant, la qualité de ces évidences est faible. Bien que ces études aient montré que ces interventions sont sécuritaires, d'autres études sont nécessaires pour évaluer l'efficacité et l'efficience de cette intervention avant de l'appliquer à la pratique (Smith et al., 2018).

Même si la majorité des résultats montre que le massage durant la phase de latence diminue les douleurs, une étude de Shahbazzadegan & Nikjou (2022), démontre qu'il n'y a pas de diminution significative de la douleur grâce au massage durant la phase de latence, mais qu'il y en avait une à 7cm (Shahbazzadegan & Nikjou, 2022). Ces résultats soulignent l'importance de mener d'autres recherches afin d'explorer des perspectives variées et de mieux comprendre l'efficacité réelle du massage.

Ainsi, le massage peut être considéré comme une médecine complémentaire sécuritaire pour soulager les douleurs de l'accouchement. Les données issues de ces études suggèrent que l'utilisation du massage pourrait constituer une stratégie bénéfique pour soulager la douleur pendant la phase de latence. Son accessibilité, son absence d'effets indésirables rapportés et son impact positif sur l'expérience des femmes en font une intervention pertinente à considérer dans une approche globale et individualisée du soulagement de la douleur en salle d'accouchement.

6.1.3. Effets de l'acupression et du massage

Afin de comparer l'acupression aux massages, une synthèse a été élaborée grâce à la sélection de deux articles qui ont été analysés (Gönenç & Terzioğlu, 2020; Mammadov & Taş, 2024). Mammadov & Taş (2024) affirment une diminution significative des douleurs durant la phase de latence pour les groupes ayant bénéficié d'acupression sur le point LI4 ($p=0,000$) comme pour le groupe ayant reçu un massage sacré ($p=0,000$). L'intervention qui a été la plus efficace est le massage sacré par rapport à l'acupression du point LI4. Même si le massage semble être l'intervention la plus efficace, l'acupression a tout de même un effet positif sur la douleur. De plus, les auteurs démontrent que la satisfaction maternelle est statistiquement augmentée. Les femmes les plus satisfaites sont celles ayant reçu des massages par rapport à celles ayant reçu de l'acupression ($p<0,05$). Toutefois, l'acupression offre une satisfaction supplémentaire qui est significative par rapport à des soins de routine ($p<0,05$). Finalement, les auteurs indiquent que 90% des femmes ayant reçu un massage souhaitent réitérer l'expérience dans le futur contre 68% dans le groupe de l'acupression (Mammadov & Taş, 2024).

Selon Gönenç & Terzioğlu (2020), une diminution statistiquement significative de la douleur a été observée pendant la phase de latence chez les participantes ayant reçu un massage sacré et dorsal ($p<0,01$) ainsi que chez celles ayant bénéficié à la fois d'un massage et d'acupression sur le point SP6 ($p<0,001$). En revanche, le groupe ayant reçu uniquement l'acupression sur le point SP6 s'est révélée moins efficace pour atténuer la douleur. Par ailleurs, aucune différence significative n'a été relevée concernant la durée du travail entre les différents groupes. Concernant la satisfaction maternelle, les taux les plus élevés ont été observés dans le groupe ayant reçu l'intervention combinée du massage et de l'acupression (100%), suivi du groupe massage (96%) et du groupe acupression (93%), ce qui suggère une tendance en faveur du massage, seul ou en complément, pour améliorer l'expérience subjective

des femmes en travail. Enfin, aucune différence significative n'a été constatée sur le score d'Apgar des nouveau-nés ($p > 0,05$), indiquant que ces interventions complémentaires n'ont pas d'effet délétère apparent sur l'état de santé immédiat du nouveau-né (Gönenç & Terzioğlu, 2020).

Par ailleurs, selon le National Institute for Health and Care Excellence (NICE), les approches recommandées pour la gestion de la douleur durant la phase de latence incluent les exercices de respiration, les bains ou douches, ainsi que les massages. En revanche, des pratiques telles que l'aromathérapie, le yoga ou encore l'acupression ne sont pas recommandées dans ce contexte (NICE Guideline, 2023). Ces orientations soutiennent l'idée que le massage représente une intervention complémentaire plus fiable et efficace que l'acupression pour la gestion de la douleur en phase de latence. Selon Marshall & Raynor (2020), des évidences démontrent que le massage et l'acupression permettent de diminuer les douleurs ainsi que le besoin des méthodes analgésiques durant le travail de l'accouchement. Selon les résultats de notre revue, l'acupression semble moins efficace que le massage pour diminuer les douleurs de la phase de latence, mais reste tout de même bénéfique à l'unanimité. De plus, il est important de mentionner qu'aucune des études analysées dans ce travail n'a montré d'effet secondaire. Marshall & Raynor (2020) soulignent également que ces méthodes doivent être effectuées uniquement par du personnel formé. Dès lors, l'idée de confier le massage et l'acupression au partenaire, comme nous l'avions initialement envisagé dans notre travail de Bachelor, doit être abordée avec prudence. Des recherches supplémentaires sont nécessaires afin d'en évaluer la sécurité et l'efficacité.

Enfin, on remarque également que le massage est une méthode plus efficace que l'acupression des points SP6 et LI4 pour diminuer les douleurs lors de la phase de latence et que les femmes en sont plus satisfaites (Gönenç & Terzioğlu, 2020; Mammadov & Taş, 2024). Il est également important de relever que très peu de littérature compare l'effet de l'acupression au massage et qu'il serait important d'effectuer des recherches supplémentaires sur le sujet.

6.1.4. Synthèse

Selon notre corpus d'articles, l'acupression sur les points SP6, BL32, LI4 et GB21 ainsi que le massage sacré et celui des pieds permettent de réduire significativement les douleurs durant la phase de latence et ne présentent pas d'effets secondaires. Le massage avec de la glace sur le point d'acupression SP6 permet aussi de diminuer les douleurs pendant la phase de latence (Türkmen et al., 2024). On remarque également que le massage est plus efficace que l'acupression dans deux articles de notre corpus (Gönenç & Terzioğlu, 2020; Mammadov & Taş, 2024).

Dans la littérature issue de recherches supplémentaires, nous remarquons des doutes quant à l'utilisation de ces méthodes. Effectivement, dans les revues Cochrane (Jones et al., 2012; Smith et al.,

2018, 2020) ou les guidelines du NICE (NICE Guideline, 2023) les données liées à ces résultats ne sont pas encore assez solides pour en confirmer leur efficacité. Ils confirment tout de même que ces méthodes sont sûres et bien tolérées par les femmes (Jones et al., 2012; NICE Guideline, 2023; Smith et al., 2018, 2020). Par contre, certaines approches telles que la méthode Bonapace utilise déjà ces médecines complémentaires afin de soulager les douleurs du travail de l'accouchement et sont relativement connues dans le monde obstétrical (Bonapace et al., 2013). Ainsi, même si les résultats des articles de notre corpus sont unanimes, les revues systématiques remettent encore en doute l'efficacité de ces médecines complémentaires.

Par le biais de ce travail, nous avons pu constater que ces méthodes sont efficaces et sécuritaires, même si elles ne sont pas recommandées par les guidelines du NICE. Nous pensons qu'il serait pertinent et sûr de les proposer plus fréquemment dans la pratique sage-femme, lorsque les femmes le désirent ou en font la demande, afin de respecter leurs souhaits et leur autonomie.

6.2. Éthique

6.2.1. Éthique de ce travail de Bachelor

Notre travail de Bachelor s'inscrit pleinement dans le respect des principes éthiques tout au long de l'analyse de nos résultats. Nous avons veillé à respecter les exigences d'intégrité scientifique en garantissant la fiabilité des données, l'honnêteté dans l'interprétation des résultats, ainsi que la responsabilité vis-à-vis des auteur.es cité.es. Cette revue de littérature se veut rigoureuse, pertinente et conforme aux standards de la recherche, dans le but de fournir des pistes de réflexion éclairées et fondées, susceptibles d'enrichir les pratiques professionnelles autour des médecines complémentaires en contexte périnatal.

6.2.2. Éthique des études sélectionnées

L'ensemble des articles sélectionnés a reçu l'approbation d'une commission d'éthique avant le début des recherches (Gönenç & Terzioğlu, 2020; Hamlacı & Yazici, 2017; Mammadov & Taş, 2024; Ozgoli et al., 2016; Öztaş et al., 2023; Şanlı & Güngör Satılmış, 2023; Solt Kirca & Kanza Gul, 2022; Torkiyan et al., 2021; Türkmen et al., 2024). Leur analyse a été guidée par les quatre principes éthiques (autonomie, bienfaisance, non-malfaisance et justice) de Beauchamp & Childress (2019).

Les études semblent respecter le principe d'autonomie en permettant aux femmes de se retirer librement de l'étude, notamment si elles souhaitaient bénéficier d'une analgésie par péridurale. Elles ont signé également un consentement libre et éclairé au début de l'étude.

Ces articles sont également respectueux de la bienfaisance ainsi que de la non-malfaisance. En effet, ces études respectent le bien-être des femmes et répondent à une demande croissante de la population à utiliser des médecines complémentaires (Marshall & Raynor, 2020). Ces interventions ne sont néfastes ni pour les femmes ni pour leurs enfants. En effet, les études de notre corpus ont montré qu'il n'y avait pas d'effets secondaires liés à ces interventions. Plusieurs études ont même effectué au préalable une étude pilote afin de vérifier qu'il n'y avait pas d'influence négative avant de lancer l'étude principale (Gönenç & Terzioğlu, 2020; Ozgoli et al., 2016).

Concernant la justice, bien que les études aient uniquement inclus des femmes primipares avec une grossesse physiologique, ce qui limite l'universalité des soins, elles ont néanmoins veillé à inclure des participantes de milieux socio-économiques et éducatifs variés. Toutefois, la formation des professionnel.le.s étant nécessaire, il serait essentiel qu'elle soit intégrée dans leur formation initiale ou continue, et financée par les institutions, afin d'éviter toute inégalité d'accès aux soins.

6.3. Forces et limites de ce travail de Bachelor

Ce travail de Bachelor présente de nombreux points forts, mais également certaines limites, liées à la fois à notre parcours de formation et aux caractéristiques propres de cette recherche, que nous détaillons ci-dessous.

6.3.1. Forces

Ce travail présente plusieurs forces qui renforcent la qualité et la pertinence des résultats obtenus. Tout d'abord, l'ensemble des études sélectionnées sont des essais cliniques contrôlés randomisés, considérés comme un des plus hauts niveaux de preuve. De plus, ces recherches n'ont pas été financées par des entités privées, ce qui renforce la neutralité des conclusions.

Par ailleurs, les interventions étudiées sont des pratiques bien connues dans le champ des soins complémentaires. Elles présentent peu voire aucun effet secondaire, ce qui en fait des alternatives sûres et accessibles. Les résultats des études analysées indiquent une diminution de la douleur et une amélioration de la satisfaction maternelle, deux éléments ayant un impact positif sur le vécu global de l'accouchement.

Ce travail repose également sur une recherche documentaire exhaustive, menée de manière systématique à partir des bases de données *PubMed* et *CINAHL*, ce qui garantit la pertinence des articles retenus. Les critères d'inclusion ont été rigoureusement appliqués, et les études sélectionnées ont toutes respecté un seuil de participant.es suffisant pour assurer une puissance statistique minimale, même en cas d'abandons (remplacements prévus par les auteur.es).

Une autre force de ce travail réside dans la diversité des perspectives analysées, avec des études portant sur différents points d'acupression et différentes techniques de massage. Cette diversité enrichit la compréhension globale du sujet et met en lumière la polyvalence de ces approches.

Enfin, ce sujet s'inscrit pleinement dans une problématique actuelle, telle que mentionnée dans l'introduction : la demande croissante de médecines complémentaires de la part des femmes en Suisse (Marshall & Raynor, 2020; Steel et al., 2014). Cela confère à ce travail une réelle utilité clinique et une pertinence sociétale, en offrant des pistes pour répondre à cette attente avec des interventions fondées sur des preuves, tout en respectant les souhaits des femmes pour s'inscrire dans un modèle de soins centrés sur la femme.

6.3.2. Limites

Ce travail de Bachelor présente plusieurs limites qu'il convient de souligner. Tout d'abord, le corpus sélectionné ne contient que neuf articles, ce qui restreint la portée des conclusions. D'autres travaux auraient pu potentiellement répondre à la question de recherche, mais n'ont pas été inclus dans cette revue de la littérature. Cependant, des résultats de recherches supplémentaires ont été mis en évidence dans notre discussion permettant ainsi de confirmer ou de nuancer les résultats obtenus.

De plus, certaines études présentant des résultats non significatifs ne sont souvent pas publiées dans les bases de données officielles, ce qui peut limiter l'accès à une partie de la littérature existante. Ainsi, il est possible que certaines recherches pertinentes aient échappé à notre sélection.

Par ailleurs, la majorité des études sélectionnées ont été réalisées en Iran, en Turquie ou à Chypre. Il est donc difficile de généraliser les résultats à d'autres contextes culturels et médicaux, notamment en Suisse, où les pratiques médicales diffèrent, par exemple concernant l'utilisation systématique de l'ocytocine ou le cadre institutionnel. De plus, toutes les études ont été conduites en milieu hospitalier excluant d'autres contextes de naissance (maison de naissance, domicile). Cela pourrait influencer la manière dont les femmes perçoivent la douleur et les interventions. En ce qui concerne les caractéristiques des participantes, les études incluent exclusivement des femmes primipares avec des grossesses physiologiques, originaires de pays aux contextes culturels différents, ce qui limite la généralisation des résultats à l'ensemble de la population obstétricale suisse.

Sur le plan méthodologique, une seule étude de notre corpus est en simple aveugle, tandis que les autres ne comportent aucun type d'aveuglement, et aucune n'est en double aveugle. Cela représente une limite importante, dans la mesure où, le fait de savoir son groupe d'appartenance, peut influencer subjectivement les femmes dans leur évaluation de la douleur et les chercheurs dans l'interprétation des résultats.

En outre, il est rare de trouver des études portant exclusivement sur la phase de latence dans la littérature scientifique. En effet, la majorité des recherches englobent l'ensemble du premier stade du travail et le deuxième, sans analyser spécifiquement cette phase de latence. Cette faible représentation rend difficile une analyse approfondie des effets des interventions uniquement à ce stade du travail.

Enfin, il est également important de noter que les techniques étudiées nécessitent une formation spécifique des professionnels pour être correctement appliquées. Ceci représente un frein potentiel à leur mise en œuvre clinique et pourrait impliquer un coût, même si celui-ci n'est pas clairement défini dans les études analysées. Par ailleurs, cette exigence de formation peut également limiter la possibilité pour les partenaires d'utiliser ces méthodes à domicile, avant l'arrivée à l'hôpital. Donc, il existe un décalage entre la pratique actuelle en Suisse qui demande aux femmes de rester le plus longtemps possible à domicile et les recommandations dans l'usage des techniques pour soulager les douleurs pendant la phase de latence.

6.4. Recommandations

6.4.1. Pour la recherche

A la lumière des résultats de cette revue, plusieurs pistes de recherche mériteraient d'être explorées pour approfondir les connaissances autour de l'acupression et du massage dans la gestion de la douleur pendant la phase de latence.

Tout d'abord, il serait pertinent de mener davantage de recherches dans le contexte suisse afin de disposer de données mieux transposables aux pratiques obstétricales locales. Par exemple, dans l'étude de Şanlı & Güngör Satılmış (2023), les participantes étaient âgées de 21 à 24 ans et avaient des revenus faibles, ce qui ne reflète pas la population des parturientes dans son ensemble. De plus, la majorité des études actuelles ont été conduites au Moyen-Orient, où les protocoles et prises en charge diffèrent des standards européens. Ainsi, selon Hamlacı & Yazıcı (2017) et Solt Kirca & Kanza Gul (2022), les femmes reçoivent de l'ocytocine d'office à leur arrivée en salle d'accouchement ce qui n'est pas le cas, par exemple, dans les maternités en Suisse.

Par ailleurs, il serait intéressant d'élargir les critères d'inclusion dans les prochaines recherches, notamment en intégrant des femmes multipares ou présentant des situations obstétricales variées (phase de latence à domicile ou en maison de naissance) afin d'obtenir des données plus représentatives de la diversité des parcours de naissance. Cette recommandation rejoint celle de Türkmen et al. (2024), qui soulignent la nécessité d'études menées sur des échantillons plus larges et dans des contextes variés, notamment pour évaluer l'efficacité du massage avec glace sur le point SP6.

Une autre piste de recherche consisterait à évaluer de manière comparative les différents points d'acupression, souvent utilisés de manière isolée ou combinée, afin de déterminer le ou les points les plus efficaces pour soulager la douleur en phase de latence. Ozgoli et al. (2016) et Torkiyan et al. (2021) soulignent notamment l'intérêt de comparer les effets de l'acupression unilatérale et bilatérale, ainsi que d'évaluer différents points d'acupuncture, en les confrontant à des méthodes plus largement reconnues telles que l'analgésie péridurale.

En outre, comparer les effets de l'acupression et du massage lorsqu'ils sont réalisés par un.e professionnel.le formé.e versus par un.e partenaire (formé.e sommairement pendant la grossesse) constituerait un axe intéressant. Cette distinction pourrait permettre d'évaluer non seulement l'efficacité technique de l'intervention, mais également l'impact relationnel et émotionnel du rôle actif du.de la partenaire dans l'accompagnement de la femme.

Il serait également intéressant d'évaluer les effets du massage et de l'acupression durant les autres phases du travail de l'accouchement afin de savoir à quel moment la parturiente en profiterait le plus.

Enfin, il serait souhaitable que les futures revues systématiques s'appuient davantage sur les recommandations méthodologiques formulées dans les études existantes. Cela inclut notamment l'utilisation de groupes témoins simulés, le recours à l'aveuglement des chercheur.euses, ou encore le respect d'une taille d'échantillon suffisante. Il serait également pertinent d'évaluer ces interventions à travers des critères variés ; comme le vécu subjectif des femmes, des indicateurs biologiques ou le contexte de naissance. Une telle standardisation améliorerait la qualité des analyses futures et permettrait de mieux évaluer l'efficacité réelle de ces pratiques.

6.4.2. Pour la formation

Les résultats de ce travail mettent en évidence l'intérêt croissant pour les médecines complémentaires telles que l'acupression et le massage dans la gestion de la douleur en salle d'accouchement. Cela soulève la question de leur place dans la formation initiale et continue des sages-femmes.

Actuellement, ces techniques ne font pas partie intégrante de la formation initiale, bien que certaines notions soient déjà abordées. Par exemple, au cours de la formation, des éléments tels que le massage des mains, la méditation ou encore des moments de détente sont évoqués, mais aucune formation spécifique sur le massage thérapeutique ou les techniques d'acupression n'est proposée. Concernant l'acupression, deux points spécifiques sont introduits en cours, témoignant d'une sensibilisation initiale à cette méthode. Cela montre qu'il serait tout à fait possible d'approfondir cette approche dans le cadre de la formation de base en élargissant le champ des points étudiés. Cependant, il ne s'agit pas nécessairement d'intégrer ces contenus dans le tronc commun de la formation. Une option

intéressante serait de les proposer sous forme de cours à option, ou bien dans le cadre de la formation continue pour les sages-femmes en exercice, en particulier celles qui travaillent en maternité ou en maisons de naissance. Il pourrait ainsi être pertinent de développer des modules ciblés sur les médecines complémentaires, en les associant à une réflexion critique sur la qualité des preuves disponibles, afin de favoriser un usage éclairé et adapté au contexte clinique. L'amélioration de l'accès à la formation continue dans ces domaines apparaît donc comme un levier pertinent pour permettre aux professionnels de santé de diversifier leurs compétences, d'intégrer des médecines complémentaires efficaces et sécuritaires ainsi que de répondre aux attentes croissantes des femmes en matière de prise en charge globale et personnalisée de la douleur.

Il existe par ailleurs en Suisse plusieurs formations continues accessibles aux professionnel.le.s de santé qui souhaitent se spécialiser dans les médecines complémentaires. Par exemple, le Centre Ling Dao à Renens propose une formation en acupression menant à un diplôme fédéral. Cette formation, répartie sur 504 heures sur 3 ans, est ouverte à toute personne intéressée et coûte 12'700 CHF (Baudin, s. d.). Elle comprend un examen intermédiaire validé par un diplôme reconnu par la Fondation Suisse pour les médecines complémentaires (ASCA) et le Registre de Médecine Empirique (RME). Ces reconnaissances permettent un remboursement par certaines assurances complémentaires (RME, 2025). Un examen final permet d'obtenir le Certificat de Branche Thérapie complémentaire. Après deux années de pratique, il est possible de se présenter à l'examen du diplôme fédéral de thérapeute complémentaire en acupression (Baudin, s. d.).

Concernant le massage, plusieurs options de formation sont disponibles, dont certaines reconnues au niveau fédéral. Par exemple, la formation en massage classique proposée par l'École de formation professionnelle en massothérapie comprend 150 heures de cours pour un coût d'environ 4'000 CHF, et permet d'obtenir une certification professionnelle (EFPM, s. d.-b). Pour aller plus loin, le brevet fédéral de masseur médical est reconnu par l'Organisation du monde du travail des masseurs médicaux (OdamM). Cette formation se déroule à temps partiel sur quatre cycles, avec une possibilité de l'adapter selon le rythme de l'apprenant. L'admission aux examens fédéraux nécessite au minimum un CFC ou une maturité fédérale, ainsi qu'une expérience professionnelle d'un an à temps plein (EFPM, s. d.-a).

Il existe également une école de massage située dans le canton de Fribourg nommée l'International Massage Academy of Switzerland (IMAS) qui propose des formations reconnues par le RME (IMAS, 2024a). Cette académie propose des formations de massage complètes qui coûtent 3'750 CHF et réalisables en différentes modalités. En tout, 250 heures de cours et de pratique sont requis avant d'être diplômé (IMAS, 2024b). Cette école propose également une formation continue sur le massage

prénatal de deux jours qui coûte 490 CHF qui permet d'apprendre à soulager les maux principaux des femmes enceintes et est ouvert à tous.toutes (IMAS, 2024c).

L'existence de ces formations démontre qu'il est possible, en tant que professionnel.le de santé, de se former à ces approches de manière structurée et reconnue. Il pourrait ainsi être intéressant de rendre ces options plus visibles et accessibles aux sages-femmes, notamment via des partenariats entre écoles et centres de formation, ou par l'intégration de modules d'introduction dans le cursus initial. Ces démarches contribueraient à renforcer les compétences des professionnel.le.s tout en répondant à la demande croissante des femmes pour des médecines complémentaires dans la gestion de la douleur.

6.4.3. Pour la pratique

Au vu des résultats présentés, plusieurs recommandations peuvent être formulées pour enrichir la pratique des sages-femmes en lien avec la gestion de la douleur pendant la phase de latence du travail.

Tout d'abord, il ressort que le massage et l'acupression sont deux interventions complémentaires efficaces pour soulager la douleur en phase de latence qui semblent mêmes être plus efficaces en étant combinées. Il serait pertinent de les proposer aux femmes enceintes, en particulier à celles souhaitant limiter le recours aux traitements médicamenteux. L'idéal serait d'aborder ces techniques dès les cours de préparation à la naissance ou lors des consultations prénatales, afin de les faire connaître et d'outiller les couples avant le début du travail. Une initiation simple, via des explications ou des démonstrations pratiques, pourrait favoriser leur appropriation.

Les données issues de cette revue de la littérature montrent que ces méthodes sont sûres et bien tolérées, aucun effet secondaire n'ayant été identifié. Leur recommandation peut donc se faire sans risque, en respectant les souhaits et les besoins de chaque femme.

Par ailleurs, selon Öztaş et al. (2023), l'application du massage sacral est particulièrement recommandée dès la phase de latence. Il peut ainsi être utile pour les sages-femmes d'intégrer cette approche dans leur accompagnement dès les premiers signes de mise en travail, notamment lors de consultation en salle de naissance ou à domicile, lorsque cela est possible.

Selon nos expériences pratiques, nous avons pu observer que certaines maternités de Suisse romande disposent déjà de protocoles concernant la gestion non médicamenteuse de la douleur, notamment en lien avec l'acupression. Il s'agit d'une avancée encourageante, mais ces pratiques mériteraient encore d'être renforcées et davantage intégrées dans le quotidien des sages-femmes.

Le développement de formations internes, l'élaboration de guides d'application concrets ou l'intégration systématique de ces outils dans les plans de soins pourraient permettre une meilleure diffusion et appropriation de ces approches. Encourager leur utilisation dès la phase de latence contribuerait à élargir les moyens mis à disposition des femmes, tout en valorisant l'autonomie professionnelle des sages-femmes dans l'accompagnement global du travail.

Par ailleurs, l'intérêt croissant pour les médecines complémentaires est bien réel. Pour rappel, une enquête menée en 2021 a révélé que 65% de la population romande y a eu recours, et parmi eux, 87% ont jugé leur traitement efficace (Bolliger et al., 2024). Ces données témoignent non seulement de l'attrait du public pour ces approches, mais également de leur niveau de satisfaction.

Ainsi, ces éléments soulignent l'importance de prendre en compte cette demande dans la pratique clinique. Il serait donc pertinent d'élargir les interventions proposées en salle d'accouchement en intégrant, de manière encadrée, certaines approches issues des médecines complémentaires, comme l'acupression ou le massage. Cela permettrait de répondre aux attentes des femmes, tout en renforçant une prise en charge globale et respectueuse de leurs préférences.

7. Conclusion

Ce travail de Bachelor avait pour objectif d'évaluer l'efficacité de l'acupression et du massage dans la diminution de la douleur pendant la phase de latence de l'accouchement. A travers une revue de la littérature menée de manière rigoureuse sur les bases de données *PubMed* et *CINAHL*, neuf essais contrôlés randomisés ont été sélectionnés selon des critères précis. Ces recherches ont permis de dégager plusieurs résultats convergents.

Les données analysées suggèrent que l'acupression et le massage peuvent constituer des méthodes complémentaires efficaces pour soulager la douleur en phase de latence. Certains points d'acupression comme le BL32, LI4, SP6 ou GB21 ont montré une efficacité significative, et plusieurs techniques de massage, notamment le massage sacré ou le massage des pieds, ont contribué à diminuer la douleur maternelle. De plus, certains travaux suggèrent un impact positif de l'acupression et du massage sur la durée du travail et sur la satisfaction des femmes tout en confirmant l'absence d'effets secondaires et en renforçant l'intérêt d'intégrer ces approches dans les pratiques obstétricales.

A l'avenir, il serait intéressant d'effectuer des recherches dans notre contexte de soins afin d'étoffer les résultats et de recommander certaines pratiques dans les établissements de soins. Il serait également pertinent de définir quels points d'acupression sont les plus efficaces et de quelle manière les administrer afin de répondre à la demande des parturientes pour soulager les douleurs avec des médecines complémentaires. Il semble également pertinent d'encourager l'intégration du massage et de l'acupression dans la pratique des sages-femmes dès la phase de latence. L'enseignement de ces méthodes, lors de cours de préparation à la naissance ou de consultations anténatales, permettrait de mieux outiller les femmes et de renforcer leur autonomie.

Ce travail de Bachelor a permis de renforcer nos compétences en recherche scientifique et de développer notre rôle d'expertes, d'apprenantes ainsi que de professionnelles (HES-SO, 2022). Effectivement, en tant qu'expertes, nous avons affiné notre compréhension des méthodes complémentaires et développé une posture réflexive permettant d'intégrer ces connaissances dans une pratique fondée sur des preuves. Ce travail a également renforcé notre posture de professionnelles, étant capables de questionner les pratiques existantes, de proposer des pistes d'évolution et des soins de qualité. Enfin, notre rôle d'apprenantes a été consolidé en développant notre capacité à mener une recherche, analyser des données scientifiques et structurer une réflexion.

Ainsi, ce travail met en évidence non seulement le potentiel clinique de l'acupression et du massage, mais également l'importance d'un développement professionnel continu, en cohérence avec les attentes des femmes et les évolutions actuelles de la pratique sage-femme.

8. Liste de références

- Abdul-Sattar Khudhur Ali, S., & Mirkhan Ahmed, H. (2018). Effect of Change in Position and Back Massage on Pain Perception during First Stage of Labor. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 19(3), 288-294. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.01.006>
- Association Suisse d'Acupression. (s. d.). *THÉRAPIE COMPLÉMENTAIRE*. AVS Schweiz. Consulté 4 décembre 2024, à l'adresse <https://www.akupressur-verband.ch/fr>
- Baudin, S. (s. d.). *MÉTHODE ACUPRESSION*. Centre Ling Dao. Consulté 28 mai 2025, à l'adresse <https://www.centrelingdao.ch/event-details/methode-acupression>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th edition). Oxford University Press.
- Bolliger, C., Simon, M., & Zumbrunn, A. (2024). *Baromètre CAM 2024—Étude sur les expériences de la population suisse avec la médecine complémentaire et alternative*. https://rme.ch/dl/misc/factsheet_barometre_cam_2024.pdf
- Bonapace, J., Chaillet, N., Gaumond, I., Paul-Savoie, É., & Marchand, S. (2013). Evaluation of the Bonapace Method : A specific educational intervention to reduce pain during childbirth. *Journal of Pain Research*, 6, 653-661. <https://doi.org/10.2147/JPR.S46693>
- Centre National Ressources Douleur. (2024, août 5). *Les 4 composantes de la douleur*. <https://www.cnr-d.fr/modules/webportal/pages.php?op=page&idbase=14&iddisplay=64&idnotice=10311>
- CHUV. (2020, décembre 22). *La phase de latence*. CHUV. <https://www.chuv.ch/fr/dfme/dfme-home/femme-mere/grossesse-accouchement/accoucher-a-la-maternite/la-phase-de-latence>
- CHUV. (2024, mars 28). *Gestion de la douleur et péridurale*. CHUV. <https://www.chuv.ch/fr/dfme/dfme-home/femme-mere/grossesse-accouchement/accoucher-a-la-maternite/gestion-de-la-douleur-et-peridurale>

- CHUV. (2025, février 26). *Centre de médecine intégrative et complémentaire (CEMIC)*. CHUV.
<https://www.chuv.ch/fr/cemic/>
- Coad, J. (avec Pedley, K., & Dunstall, M.). (2020). *Anatomy and physiology for midwives* (Fourth edition.). Elsevier.
- De Labrusse, C., Ramelet, A. S., Humphrey, T., & MacLennan, S. (2017). Patient-centred care in maternity services. *Patient Centered Medicine*. <https://arodes.hes-so.ch/record/7742>
- Dehcheshmeh, F. S., & Rafiei, H. (2015). Complementary and alternative therapies to relieve labor pain : A comparative study between music therapy and Hoku point ice massage. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 21(4), 229-232. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2015.09.002>
- EFPM. (s. d.-a). *Brevet Fédéral de Masseur Médical—Ecole de Massage Médical EFPM*. Consulté 28 mai 2025, à l'adresse <https://www.efpm.ch/brevet-masseur-medical.html>
- EFPM. (s. d.-b). *Formation massage classique—Ecole de Formation Professionnelle en Massothérapie établie à Gland—EFPM*. Consulté 28 mai 2025, à l'adresse <https://www.efpm.ch/formation-massage-classique.html>
- Eskamed SA. (2024). *En savoir plus sur Acupressure thérapie | trouver d'excellents thérapeutes*. Registre de Médecine Empirique RME. <https://emr.ch/methodeinfo/akupressur-therapie>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3e éd.). Chenelière Education.
- FSSF. (s. d.). *Prestations complémentaires | Sage-femme Valais romand*. Sage-Femme VSr. Consulté 17 octobre 2024, à l'adresse <https://www.sage-femme-valaisromand.ch/prestationscomplementaires>
- Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 28-33.
<https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.002>

- Gönenç, I. M., & Terzioğlu, F. (2020). Effects of Massage and Acupressure on Relieving Labor Pain, Reducing Labor Time, and Increasing Delivery Satisfaction. *Journal of Nursing Research*, 28(1), e68. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000344>
- Hachimi-Idrissi, S., Coffey, F., Dobias, V., Hautz, W., Leach, R., Sauter, T., & Sforzi, I. (2020). Guidelines for the management of acute pain in emergency situations. *The European Society for Emergency Medicine (EUSEM)*. https://eusem.org/images/EUSEM_EPI_GUIDELINES_MARCH_2020.pdf
- Hamlacı, Y., & Yazici, S. (2017). The Effect of Acupressure Applied to Point LI4 on Perceived Labor Pains. *Holistic Nursing Practice*, 31(3), 167-176. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000205>
- HAS, H. A. de S. (2017). *Accouchement normal : Accompagnement de la physiologie et interventions médicales*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales
- HAS, H. A. de S. (2022). *Liste des échelles acceptées pour mesurer la douleur*.
- HES-SO. (2022). *Plan d'études cadre 2022 : Bachelor of Science HES-SO de Sage-femme*.
- Hirslanden. (2025). *Atténuer la douleur de l'accouchement et faciliter l'accouchement*. <https://www.hirslanden.ch/fr/corporate/a-chaque-episode-de-votre-vie/hirslanden-baby/naissance/attenuer-la-douleur.html>
- HUG. (2025, février 26). *Votre accouchement—Service d'obstétrique*. HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève. <https://www.hug.ch/obstetrique/votre-accouchement>
- ICM. (2014a). International Code of Ethics for Midwives. *International Confederation of Midwives*.
- ICM. (2014b). *Philosophy and Model of Midwifery Care*.
- ICM. (2024). *International Definition and Scope of Practice of the Midwife*. International Confederation of Midwives. <https://internationalmidwives.org/resources/international-definition-of-the-midwife/>
- IMAS, I. M. A. of S. (2024a). *Académie internationale de massage Suisse*. International Massage Academy of Switzerland (IMASWISS). <https://imaswiss.com/fr/home-francais/>

- IMAS, I. M. A. of S. (2024b). *Formations complètes*. International Massage Academy of Switzerland (IMASWISS). <https://imaswiss.com/fr/formation-en-massage/formations-completes/>
- IMAS, I. M. A. of S. (2024c). *Massage prénatal (Massage des femmes enceintes)*. International Massage Academy of Switzerland (IMASWISS). <https://imaswiss.com/event/massage-prenatal-massage-des-femmes-enceintes/>
- Inselgruppe. (2025). *Soulagement de la douleur* -. Universitätsklinik Für Frauenheilkunde: Die Insel Für Die Frau - Universitätsklinik Für Frauenheilkunde. <https://frauenheilkunde.insel.ch/fr/nos-prestations/obstetrique/accouchement/soulagement-de-la-douleur>
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Jordan, S., Lavender, T., & Neilson, J. P. (2012). Pain management for women in labour : An overview of systematic reviews. *Cochrane Library*. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009234.pub2/full?highlight=Abstract=message%7Cmassage%7Clabour%7Clabor>
- Kober, A., Scheck, T., Greher, M., Lieba, F., Fleischhackl, R., Fleischhackl, S., Randunsky, F., & Hoerauf, K. (2002). Prehospital analgesia with acupuncture in victims of minor trauma : A prospective, randomized, double-blinded trial. *Anesthesia and Analgesia*, 95(3), 723-727, table of contents. <https://doi.org/10.1097/00000539-200209000-00035>
- Kober, A., Scheck, T., Schubert, B., Strasser, H., Gustorff, B., Bertalanffy, P., Wang, S.-M., Kain, Z. N., & Hoerauf, K. (2003). Auricular acupuncture as a treatment for anxiety in prehospital transport settings. *Anesthesiology*, 98(6), 1328-1332. <https://doi.org/10.1097/00000542-200306000-00005>
- Le Coz, P. (2019). Des repères éthiques pour les décisions médicales irréversibles. *Soins ; la revue de référence infirmière*, 64(833), 26-30. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2019.01.003>
- Leap, N. (2009). Woman-centred or women-centred care : Does it matter? *British Journal of Midwifery*, 17(1), 12-16. <https://doi.org/10.12968/bjom.2009.17.1.37646>

- L'Hermitte, A., & Konieczpol, S. (2017). *L'ABC du massage : Techniques et approche des différentes méthodes*. De Vecchi.
- Lidell, L., Thomas, S., Beresford Cooke, C., & Porter, A. (2000). *Le massage : Le guide complet, étape par étape, des techniques occidentales et orientales* (Gaia Book Limited). Robert Laffont.
- Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5 Suppl Nature), S16-24. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.121427>
- Makvandi, S., Hadizadeh-Talasaz, Z., Nosrati Hadi Abad, S. F., Manouchehri, E., & Larki, M. (2025). Effectiveness of sacral massage during labor in pregnant women : A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 141, 104252. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104252>
- Mammadov, B., & Taş, Ç. (2024). The effect of acupressure and massage on labor pain and birth satisfaction : A randomized controlled trial. *EXPLORE*, 20(5), 103002. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2024.04.006>
- Marshall, J. E., & Raynor, M. D. (2020). *Myles Textbook for Midwives* (17e édition). Elsevier Health Sciences.
- McNeill, J. A., Alderdice, F. A., & McMurray, F. (2006). A retrospective cohort study exploring the relationship between antenatal reflexology and intranatal outcomes. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 12(2), 119-125. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2005.11.004>
- Medforth, J., Ball, L., Walker, A., Battersby, S., Stables, S., De Labrusse, C., Abderhalden-Zellweger, A., Caldelari, M., Perrenoud, P., Picavet, M., Thomas, P., Flohic, J., Schmied, M., Waller, D., Kaech, C., Pomar, L., Bonzon, M., Pretalli, M., Haydar, C., ... Thorn-Cole, H. (2024). *Manuel Oxford en sciences sage-femme* (3e éd.). RMS Editions.
- Mirzaee, F., Hasaroeih, F. E., Mirzaee, M., & Ghazanfarpour, M. (2020). Comparing the effect of acupressure with or without ice in LI-4 point on labour pain and anxiety levels during labour : A randomised controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 41(3), 395-400. <https://doi.org/10.1080/01443615.2020.1747412>

- Mollart, L. J., Adam, J., & Foureur, M. (2015). Impact of acupressure on onset of labour and labour duration : A systematic review. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 28(3), 199-206. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.03.007>
- Nabb, M. T. M., Kimber, L., Haines, A., & McCourt, C. (2006). Does regular massage from late pregnancy to birth decrease maternal pain perception during labour and birth?—A feasibility study to investigate a programme of massage, controlled breathing and visualization, from 36 weeks of pregnancy until birth. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 12(3), 222-231. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2005.12.006>
- NICE Guideline. (2023). *Recommendations : Intrapartum care. NG235*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/chapter/Recommendations#pain-relief-during-labour>
- Norhapifah, H., Isa, M. R., Abdullah, B., & Mohamed, S. (2024). The Impact of Shiatsu Massage on Labour Pain and Anxiety : A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 12(4), 243-253. <https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2024.101509.2432>
- OFSP, O. fédéral de la santé publique. (2025, février 24). *Médecines complémentaires pratiquées par des médecins*. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/Aerztliche-Komplementaermedizin.html>
- OMS. (2018). Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement. *Guidelines Review Committee*, 238.
- OPAS, RS 832.112.31, Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (2017). https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/fr
- Ozgoli, G., Sedigh Mobarakabadi, S., Heshmat, R., Alavi Majid, H., & Sheikhan, Z. (2016). Effect of LI4 and BL32 acupressure on labor pain and delivery outcome in the first stage of labor in

- primiparous women : A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 29, 175-180. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.10.009>
- Öztaş, H. G., Gökbulut, N., & Akça, E. İ. (2023). The Effects of Sacral Massage and Music Therapy Applied to Primiparous Women in Labor on Labor Pain, Postpartum Comfort, and Posttraumatic Growth : A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Traditional and Complementary Medicine Research*, 4(2), Article 2. <https://doi.org/10.53811/ijtcmr.1313782>
- Pairman, S., Pincombe, J., Thorogood, C., & Tracy, S. (2015). "Midwifery Partnership". In *Midwifery : Preparing for practice*. (3rd éd., p. 411-430). Churchill Livingstone Elsevier.
- Pédiadol. (2019, mai). *Définition, composantes de la douleur*. <https://pediadol.org/la-douleur-definition/>
- Petitpierre, M., & Graz, B. (2012). Acupuncture et imagerie cérébrale. In *Les médecines complémentaires : Dépasser les clivages* (Presses polytechniques et universitaires romandes, p. 144).
- Raana, H. N., & Fan, X.-N. (2020). The effect of acupressure on pain reduction during first stage of labour : A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39, 101126. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101126>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M., Tutelman, P., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The Revised IASP definition of pain : Concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Recueil systématique du droit fédéral, RO 2009 5325, Article constitutionnel «Pour la prise en compte des médecines complémentaires» (2009). <https://www.fedlex.admin.ch/eli/oc/2009/633/fr>
- RME, R. de M. E. (2025, mai 22). *Label de qualité RME*. EMR RME. <https://emr.ch/qualitaetslabel>
- Roemer, A. T. (2005). *Medical Acupuncture in Pregnancy* (3e éd.). Thieme.
- Roques, B. P. (s. d.). *OPIOÏDES : Impact physiologique des enképhalines et des endorphines*. Encyclopædia Universalis. Consulté 16 décembre 2024, à l'adresse

<https://www.universalis.fr/encyclopedie/opioides/4-impact-physiologique-des-enkephalines-et-des-endorphines/>

Şanlı, Y., & Güngör Satılmış, İ. (2023). Effect of Foot Massage on Labor Pain in Parturient Women.

Alternative Therapies in Health and Medicine, 29(2), 82-88.

Shahbazzadegan, S., & Nikjou, R. (2022). The most appropriate cervical dilatation for massage to reduce

labor pain and anxiety : A randomized clinical trial. *BMC Women's Health*, 22(1), 282.

<https://doi.org/10.1186/s12905-022-01864-1>

Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and

Prevent Suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(6), 489-504.

<https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2004.07.007>

Simkin, P., Hanson, L., & Ancheta, R. (2017). *The Labor Progress Handbook : Early Interventions to*

Prevent and Treat Dystocia (4th edition). Wiley-Blackwell.

Smith, C. A., Collins, C. T., Levett, K. M., Armour, M., Dahlen, H. G., Tan, A. L., & Mesgarpour, B. (2020).

Acupuncture ou acupression pour la gestion de la douleur pendant l'accouchement—Smith, CA

- 2020 / Cochrane Library.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009232.pub2/full/fr>

Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Dahlen, H. G., Ee, C. C., & Sukanuma, M. (2018). Massage,

reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Library*.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009290.pub3/full?highlight>

Abstract=massage%7Cmassag%7Clabor%7Clabour

Solt Kirca, A., & Kanza Gul, D. (2022). Effects of acupressure and shower applied in the delivery on the

intensity of labor pain and postpartum comfort. *European Journal of Obstetrics, Gynecology,*

and Reproductive Biology, 273, 98-104. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.04.018>

Steel, A., Adams, J., Sibbritt, D., Broom, A., Frawley, J., & Gallois, C. (2014). The Influence of

Complementary and Alternative Medicine Use in Pregnancy on Labor Pain Management

Choices : Results from a Nationally Representative Sample of 1,835 Women. *The Journal of*

Alternative and Complementary Medicine, 20(2), 87-97.

<https://doi.org/10.1089/acm.2013.0171>

Tiran, D. (2018). *Complementary Therapies in Maternity Care : An evidence-based approach*. Jessiva Kingsley Publishers.

Torkiyan, H., Mobarakabadi, S. S., Heshmat, R., Khajavi, A., & Ozgoli, G. (2021). The effect of GB21 acupressure on pain intensity in the first stage of labor in primiparous women : A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 58, 102683.

<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102683>

Türkmen, H., Çetinkaya, S., Kiliç, H., Tuna, S. D., Şirvanci, M., & Mutlu, H. (2024). The Effect of Ice Massage Applied to the SP6 Point on Labor Pain, Labor Comfort, Labor Duration, and Anxiety : A Randomized Clinical Trial. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 69(4), 491-498.

<https://doi.org/10.1111/jmwh.13600>

Unalmis Erdogan, S., Yanikkerem, E., & Goker, A. (2017). Effects of low back massage on perceived birth pain and satisfaction. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 28, 169-175.

<https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.05.016>

Walsh, D. (2007). *Evidence-based Care for Normal Labour and Birth : A Guide for Midwives* (1st éd.). Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9780203961711/evidence-based-care-normal-labour-birth-denis-walsh>

West, A. (2021). *Le Toucher Thérapeutique : Participer au processus naturel de guérison selon la méthode Krieger/Kunz* (2e éd.). Le Dauphin Blanc.

WhiteRibbonAlliance, & RMC. (s. d.). *LE RESPECT DANS LES SOINS DE MATERNITÉ: LES DROITS UNIVERSELS DES FEMMES PENDANT LA PÉRIODE PÉRINATALE*.

WHO. (2018, février 15). *Apporter des soins individualisés pour que l'accouchement soit une expérience positive*. <https://www.who.int/fr/news/item/15-02-2018-individualized-supportive-care-key-to-positive-childbirth-experience-says-who>

WHO. (2024). *Traditional, Complementary and Integrative Medicine*. <https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine>

Zuarez-Easton, S., Erez, O., Zafran, N., Carmeli, J., Garmi, G., & Salim, R. (2023). Pharmacologic and nonpharmacologic options for pain relief during labor : An expert review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 228(5), S1246-S1259. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.03.003>

9. Annexes

Annexe I : Grille analyses articles selon titre et résumé

Annexe II: Grille analyses articles après lecture complète

Annexe III : analyses articles avec grille CONSORT

Annexe IV : tableau récapitulatif d'analyse

Annexe I : Grille analyses articles selon titre et résumé

	Auteur, année	Type de devis	Pays (langue)	Interventions/comparaison	Outcomes	Inclusion / exclusion Arguments
CINAHL	Effect of SP6 Acupressure on First-Period Labor Pain – Tanjung Wiwi Wardini, 2023	Recherche quasi expérimentale : évalue intervention mais pas de randomisation	Indonésie (anglais)	Acupressure Sp6	Stade 1	Méthodologie incompréhensible
	The Effect of Ice Massage Applied to the SP6 Point on Labor Pain, Labor Comfort, Labor Duration, and Anxiety: A Randomized Clinical Trial - Türkmen Hülya, 2024	RCT	Turquie (anglais)	Massage rotatif avec glace sur point SP6 avec syntonie de routine	4-5cm 6-7cm 8-9cm EVA	Doublon
	The most appropriate cervical dilatation for massage to reduce labor pain and anxiety: a randomized clinical trial – Shahbazzadegan Samira, 2022	RCT	Iran (anglais)	Massage pdt 20min - > dls + anxiété	Phase active 5cm 7cm 9cm	Non, pas de notion d'échelle de la douleur
	The Effect of Labor Dance in the First Stage of Labor on Labor Pain, Anxiety, Duration of Labor, and Maternal Satisfaction with Labor: A Randomized Controlled Study - Kalog̃lu Binici Dilek, 2024	RCT	Turquie (anglais)	Danse -> dls, anxiété, durée, satisfaction maternelle	1ère phase	Ne répond pas à notre question
	EFEKTIFITAS TERAPI AKUPRESUR TERHADAP NYERI PERSALINAN PADA FASE					Pas en français

<p>AKTIF TAHAP PERTAMA - Hibatulloh Qothrun Nadaa, 2022</p>					
<p>Comparison of the Effect of Acupressure at SP6 and SP8 Points on Pain Intensity and Duration of the First Stage of Labor – Ashtarkan Mona Jalilabadi, 2021</p>	<p>RCT</p>	<p>Iran (anglais)</p>	<p>Acupressure SP6 et SP8 -> dls + durée</p>	<p>3-4cm 5-7cm 8-10cm EVA + observation</p>	<p>3 groupes : point SP6, point SP8 et contrôle 150 femmes Pas grossesses à risque Méthode bien expliquée, éthique ok Fait par SF, applicable au partenaire Souvent 2^e pare et femme au foyer Résultats faciles à analyser</p>
<p>Effectiveness of Shiatsu Massage on First Stage Labour Pain among Parturient Mothers - Lincy Bensita, 2022</p>	<p>Étude expérimentale</p>	<p>Inde (anglais) Publié dans journal indien</p>	<p>Massage shiatsu 10min en région sacrée toutes 2h vs soins de routine --> dls</p>	<p>EVA 4-10cm</p>	
<p>Effects of acupressure and shower applied in the delivery on the intensity of labor pain and postpartum comfort - SOLT KIRCA Ayça, 2022</p>	<p>RCT</p>	<p>Turquie (anglais) Publié dans journal EU</p>	<p>Acupressure ou douche vs soins de routine --> dls PP + pdt travail</p>	<p>4-5cm 6-7cm 8-10cm EVA</p>	<p>Que 1P, 120 femmes Pas FdR Soit douche, soit acupressure (BL32) soit contrôle (peut recevoir pharmaco) Par SF, mais faisable par partenaire Résultats ok</p>
<p>Effectiveness of Back Massage versus Ambulation During First Stage of Labour among Primigravida Mothers in</p>	<p>Étude expérimentale</p>	<p>New Dehli (anglais)</p>	<p>Massage du dos vs déambulation --> anxiété et dls</p>	<p>Échelle numérique Phase de latence vs phase active</p>	

	Terms of Pain and Anxiety - Bala, Indu, 2017					
	Comparing the effect of auricular acupressure and body acupressure on pain and duration of the first stage of labor: study protocol for a randomized controlled trial - Alimoradi Zainab, 2019	RCT	Iran (anglais)	Acupressure ou acupressure auriculaire ou soins routiniers -> dls + durée travail	4cm 10cm EVA	90 femmes, Iran, 1P Pas FdR 3 groupes : acupressure corps (GB30, GB21, BL32, LI4, SP6), auriculaire (point zero, Shen Men et thalamic, ut 1 et 2, ocytocine + prostaglandine) et contrôle Fais par pers expérimentée, trop complexe pour partenaire Pas de résultats
	Possible Role of Court-Type Thai Traditional Massage During Parturition: a Randomized Controlled Trial - Panya Sananpanichkul, 2019	RCT	Thaïlande (anglais)	Massage traditionnel thaï -> dls + durée travail	3-5cm EVA	59 participants, 1-XP, Thaïlande Pas FdR Peut recevoir péthidine IV 1x si le demande si EVA > 8 2 groupes : massage thai (max 1h, jambe, dos, épaule, bras) et contrôle Pas spécifié pendant la phase de latence
	The effect of acupressure on labor pain and the duration of labor when applied to the SP6 point: Randomized clinical trial - Türkmen Hülya, 2020	RCT	Turquie (anglais)	Acupressure (SP6) sur 1ère phase du travail vs toucher pdt CU	4-10cm Echelle numérique	Pas spécifié pendant phase de latence
	The Effect of LI4 Acupressure on Labor Pain Intensity and Duration of Labor: A	RCT	Oman, Iran (anglais)	To evaluate the effect of L14 acupressure on labor pain and	Diminution de la dls mais pas de la durée du travail	165 femmes, 1-XP, Iran Pas FdR 3 groupes : acupressure LI4, touché LI4, contrôle

	Randomized Controlled Trial – Dabiri Fatemeh, 2014			duration during the first stage of labor. EVA 4-10cm		Pas dilatation à pas phase latence
	Is massage therapy effective in treating pain during the first stage of labor? - Varughese Jennifer, 2021	EBM answer	Pays monde entier (anglais)	Massage		Article fait 1 page, pas de résultats concluants
	The effect of acupressure on pain reduction during first stage of labour: A systematic review and meta-analysis. - Raana, Haj Najafi, 2020	Revue systématique et méta-analyse	Europe Basé sur articles en anglais (anglais)	Acupressure avec LI4 et SP6 Diminue dls dans la phase de transition et active		
Pubmed	<i>Non-pharmacological therapies applied in pregnancy and labor : an integrative review</i> Biana, C. B., Cecagno, D., Porto, A. R., Cecagno, S., Marques, V. A., & Soares, M. C. (2021)	Revue intégrative	Brésil (anglais) Analyse de 41 articles	Plusieurs types de médecines alternatives dont le massage.	Réduction de la douleur Réduction de la durée du travail Réduction de l'anxiété	
	<i>Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour.</i> Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Dahlen, H. G., Ee, C. C., & Suganuma, M. (2018)	Revue de la littérature Méta-analyse Cochrane		Massage, chaud, méthodes manuelles, musique		Cochrane
	<i>Acupuncture or acupressure for pain management during labour.</i> Smith, C. A., Collins, C. T., Levett, K. M., Armour, M.,	Méta-analyse Cochrane		Effets de l'acupressure et de l'acupuncture dans la gestion de la douleur		Cochrane

Dahlen, H. G., Tan, A. L., & Mesgarpour, B. (2020)						
<i>Efficacy and safety of non-pharmacological interventions for labour pain management: A systematic review and Bayesian network meta-analysis.</i> Hu, Y., Lu, H., Huang, J., & Zang, Y. (2021)	Revue systématique et méta-analyse	Chine Analyse de 43 articles (en anglais)		Aromathérapie, acupressure, yoga	Réduction de la douleur Durée de la première phase	
<i>The effect of sacral massage on labor pain and anxiety: A randomized controlled trial.</i> Akköz Çevik, S., & Karaduman, S. (2020).	RCT	Turquie (en anglais)		Massage de la région sacrée pendant 30 minutes	EVA Phase de latence	60 femmes, Turquie Pas FdR 2 groupes : massage (30 min en sacré pdt 3 moments) et contrôle Évalue anxiété + dls Pas tableau pour comparer les groupes
<i>Effects of Massage and Acupressure on Relieving Labor Pain, Reducing Labor Time, and Increasing Delivery Satisfaction.</i> Gönenç, I. M., & Terzioğlu, F. (2020)	RCT	Turquie (en anglais)		Comparaison acupressure et massage	EVA Phase de latence	120 femmes, 1P, Turquie 4 groupes : massage seulement (tout corps), acupressure slmt (SP6), massage + acupressure
<i>Determining the effect of inhalation and lavender</i>	RCT	Turquie (en anglais)		Inhalation d'huile essentielle de	EVA Phase de latence	Plutôt aromathérapie

	<p><i>essential oil massage therapy on the severity of perceived labor pain in primiparous women: A randomized controlled trial.</i> Karatopuk, S., & Yarıci, F. (2023)</p>			lavande et massage à l'huile essentielle de lavande		
	<p><i>Effectiveness of breathing exercises, foot reflexology and back massage (BRM) on labour pain, anxiety, duration, satisfaction, stress hormones and newborn outcomes among primigravidae during the first stage of labour in Saudi Arabia: a study protocol for a randomised controlled trial.</i> Baljon, K. J., Romli, M. H., Ismail, A. H., Khuan, L., & Chew, B. H. (2020)</p>	RCT	Arabie Saoudite (en anglais)	Réflexologie et massage du dos	Première phase de travail (à partir de 6 cm)	Pas pertinent car pas pendant la phase de latence
	<p><i>Effectiveness of a childbirth massage programme for labour pain relief in nulliparous pregnant women at term: a randomised controlled trial.</i> Lai, C. Y., Wong, M. K. W., Tong, W. H., Chu, S. Y., Lau, K. Y., Tan, A. M. L., Hui, L. L., Lao, T. T. H., & Leung, T. Y. (2021)</p>	RCT	Hong Kong (en anglais)	Groupe massage et groupe contrôle. Comparaison : utilisation de péridurale et de péthidine		

	<i>Acupuncture and Acupressure in Labor.</i> Schlaeger, J. M., Gabzdyl, E. M., Bussell, J. L., Takakura, N., Yajima, H., Takayama, M., & Wilkie, D. J. (2017)	Revue de la littérature		Effets de l'acupuncture et de l'acupressure		Pas de méthode
	Efficacy of different strategies for reducing labor pain: A Bayesian analysis. Feng, Y., Zhu, F., Zhang, J., Zeng, Z., & Li, Q. (2024)	Revue systématique et méta-analyse	Analyse de 9 articles	9 interventions : acupressure, ballon, lidocaïne, etc.		
	<i>Effective non-pharmacological birth interventions.</i> Davis J. (2015)					Pas de texte intégral
	<i>Massage and heat application on labor pain and comfort: A quasi-randomized controlled experimental study.</i> Türkmen, H., & Oran, N. T. (2021)	Etude expérimentale contrôlée quasi-randomisée		3 groupes : Application de chaud, massage, contrôle.	Pas pendant phase de latence	Pas pertinent
	<i>Electric massage chairs reduce labor pain in nulliparous patients: a randomized crossover trial.</i> Khairudin, M. N., Vallikkannu, N., Gan, F., Hamdan, M., & Tan, P. C. (2024)	essai croisé randomisé et contrebalancé	Malaysie		EVS	Pas de spécification de dilatation
	<i>Effect of traditional Chinese medicine therapy on labor pain in patients with natural childbirth: A network meta-analysis.</i>	Revue systématique		Efficacité des médecines traditionnelles chinoises		Pas pertinent

<p>Yi, Y., Ju, W., Fu, D., Chen, R., Bai, X., & Zhang, S. (2024)</p>					
<p><i>The effect of acupressure and massage on labor pain and birth satisfaction: a randomized controlled trial.</i> Mammadov, B., & Taş, Ç. (2024)</p>	<p>RCT</p>	<p>Chypre (vers Grèce)</p>	<p>Acupressure et Massage -> dls + satisfaction</p>	<p>Phase latence, phase active, transition EVA</p>	<p>66 femmes, 1P, Chypre Pas FdR 3 groupes : massage (sacré, dos), acupressure (LI4) et contrôle</p>
<p><i>The effectiveness of auricular acupressure on pain management during labor: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.</i> Xu, M. M., Tian, Q., Yu, L., Yang, S., Liu, Y. T., Yu, S. H., Cao, M. L., & Zhang, W. (2023)</p>	<p>Méta-analyse</p>		<p>Efficacité de l'auriculothérapie</p>		<p>Pas pertinent</p>
<p><i>Impact of acupressure on onset of labour and labour duration: A systematic review.</i> Mollart, L. J., Adam, J., & Foureur, M. (2015)</p>	<p>Revue systématique</p>	<p>Toutes bases de données 1999-2013</p>	<p>Acupressure -> dls, anxiété, durée</p>		
<p>The Effect of Ice Massage Applied to the SP6 Point on Labor Pain, Labor Comfort, Labor Duration, and Anxiety: A Randomized Clinical Trial. Türkmen, H., Çetinkaya, S., Kiliç, H., Tuna, S. D., Şirvanci, M., & Mutlu, H. (2024)</p>	<p>RCT</p>	<p>Turquie (en anglais)</p>	<p>Groupe intervention : Massage à la glace au point SP6 Groupe de contrôle</p>	<p>EVA 4 à 5 cm de dilatation</p>	<p>Massage froid à 4-5cm, 6-7cm, 8-9cm pendant 3 CU -> Pas de pression mais sur point accu 100 femmes primi Lieu : Salle de naissance (unité), SF -> PEC ressemble chez nous. Ocytocine d'office 4-5cm Echelle mesure : VAS (0-10) utilisée avant/après</p>

						intervention + Personal Information Form, Childbirth Comfort Questionnaire, State-Trait Anxiety Inventory Résultats : VAS -> significativement plus bas après intervention à 4-5cm. Pas de différence significative par rapport au temps du travail (dilatation) + anxiété. Augmentation du niveau de confort
	<i>The Impact of Shiatsu Massage on Labour Pain and Anxiety: A Randomized Controlled Trial.</i> Norhapifah, H., Isa, M. R., Abdullah, B., & Mohamed, S. (2024)	RCT	Indonésie	Massage shiatsu -> dls + anxiété	Échelle numérique Phase latence, phase de transition	Shiatsu Massage sur la douleurs et l'anxiété pendant le travail 80 femmes -> 40 interventions, 40 groupe contrôle Limites : Doit être donnée par une professionnelle en Shiatsu, pas applicable Temps de mesure : Avant intervention (T0), phase de latence (T1 : 1-3cm), phase de transition (T2 : 8-9cm) -> Ouverture os bassin !
	<i>Effect of Foot Massage on Labor Pain in Parturient Women.</i> Şanlı, Y., & Güngör Satılmış, İ. (2023)	RCT	Turquie (en anglais)	Massage des pieds	EVA 4-5 cm	Massage des pieds durant le travail sur la douleur, la durée du travail, les interventions, HPP et l'impact émotionnel

						80 femmes -> 40 groupe intervention, 40 groupe contrôle 20 minutes massage à 3 temps -> (4-5cm, 6-7cm, 8-9cm) vs soins de routine Echelle mesure : VAS + Labor Agency Scale (LAS) Peut être applicable mais peut nécessiter un enseignement de massage pied -> dans étude chercheur avec pratique !
<i>Effects of acupressure and shower applied in the delivery on the intensity of labor pain and postpartum comfort.</i> Solt Kirca, A., & Kanza Gul, D. (2022)	RCT	Turquie (anglais)	Acupressure ou douche -> dls + confort PP	4-5cm 6-7cm 8-10cm EVA	Effets de l'acupressure (BL32) et douche sur les douleurs du travail et le confort du PP Méthode : 3 groupes (douche, acu, contrôle) -> 40 femmes/groupe 3 temps de dilatation (4-5cm, 6-7cm, 8-10cm) Echelle de mesure : Maternal information form (MIF) + the VAS + the Postpartum Comfort Questionnaire (PPCQ) Facile à mettre en place, peut être enseigné au partenaire	
<i>The effect of Rebozo technique on perceived labour pain and childbirth experience: A randomized controlled trial.</i>	RCT	Turquie	Massage rebozo vs massage relaxant -> dls, satisfaction	Phase latence, active et transition	Effets de la technique Rebozo sur le processus de la naissance et l'expérience de la naissance	

	Tandoğan, Ö., & Oskay, Ü. (2024)					Méthode : 113 femmes en salle d'acc avec une dilatation à 4cm ou plus. Personnel formé en technique Rebozo qui ont donné la méthode standard. Echelle de mesure : VAS + pas très clair Non car peu applicable
	<i>Effect of Change in Position and Back Massage on Pain Perception during First Stage of Labor.</i> Abdul-Sattar Khudhur Ali, S., & Mirkhan Ahmed, H. (2018).	Etude quasi-expérimentale	Irak	3 groupes : changement de position, massage du dos, contrôle	Echelle des visages	
	The effect of acupressure on pain reduction during first stage of labour: A systematic review and meta-analysis- Haj Najafi Raana (2020)	Revue systématique + méta analyse	Tous horizons Articles en anglais (RCT)	Acupressure vs placebo ou non-intervention	Intensité dlrs avec VAS ou échelle numérique Efficacité/satisfaction 1 ^{ère} phase (début CU à 10cm)	
	Effect of Acupressure on Anxiety and Pain Levels in Primiparous Women During Normal Labor: A Randomized Controlled Trial- Marwa E Hasanin (2024)	RCT en double aveugle		Acupressure vs acupressure fictive	Effet de l'acupressure sur l'anxiété Travail physiologique	Hors-sujet Pas disponible en entier
	The effect of acupressure on labor pain and the duration of labor when applied to the SP6	RCT simple aveugle	Turquie (anglais)	Acupressure vs placebo sur dlrs et sur temps du travail	Echelle numérique dlrs (EVA)	Effets de l'acupressure (SP6) sur les douleurs de la première phase de travail et la durée

<p>point: Randomized clinical trial- Hülya Türkmen (2020)</p>				<p>Phase active (4-7cm)+transition (8-10cm)</p>	<p>Méthode : 60 femmes. 30 groupe intervention, 30 groupe contrôle Durant phase active, transition groupe intervention appuie sur point acu alors que groupe contrôle on touche seulement. Echelle de mesure : NRS + Pregnant Information Form + Partograph Form + un questionnaire de satisfaction</p>
<p>The most appropriate cervical dilatation for massage to reduce labor pain and anxiety: a randomized clinical trial- Samira Shahbazzadegan (2022)</p>	<p>RCT</p>	<p>Iran</p>	<p>Massage vs rien Pour réduire dlrs et anxiété Savoir quand faire massage</p>	<p>Echelle visuelle dlrs 3 temps (5-7-9cm)</p>	<p>Meilleur moment (dilatation) pour faire un massage qui va diminuer douleurs et anxiété lors du travail. Méthode : 60 femmes, 30 groupe intervention, 30 groupe contrôle. A 3 moments -> 5cm, 7cm, 9cm. Echelle de mesure : Visual standard pain ruler Massage pourrait être applicable mais faut apprendre les mvts Plutôt focus sur le moment de dilatation et l'anxiété.</p>
<p>The effect of GB21 acupressure on pain intensity in the first stage of labor in primiparous women: A</p>	<p>RCT simple aveugle</p>	<p>Iran</p>	<p>3 groupes Acupressure vs placebo vs rien</p>	<p>Dilatation 3 phases (3-5cm+6-7cm+8-10cm) Echelle dlrs numérique (NRS)</p>	<p>Effets du point acupressure GB21 sur les douleurs lors de la première phase de travail Méthode : 174 femmes dans 3 groupes-> 58 acupressure</p>

	randomized controlled trial- Hamideh Torkiyan (2021)					groupe, 58 groupe fictif et 58 dans groupe contrôle. Acu + fictif groupe ont reçu intervention à 3 moments différents -> 3-5cm, 6-7cm, 8-10cm Echelle de mesure : NRS
	Comparing the effect of auricular acupressure and body acupressure on pain and duration of the first stage of labor: study protocol for a randomized controlled trial- Zainab Alimoradi (2019)	RCT	Iran	3 groupes acupressure corps, auriculaire et rien	Dilatation (4cm et 10cm) Échelle visuelle dIrs (EVA)	→ Méthodologie OK → Pas de partie résultats, seulement une discussion → SEULEMENT LE PROTOCOLE DE L'ETUDE
	The effects of conventional, warm and cold acupressure on the pain perceptions and beta-endorphin plasma levels of primiparous women in labor: A randomized controlled trial- Serap Öztürk Altınayak (2022)	RCT	Turquie	4 groupes Chaud, froid acupressure normal, rien	EVA + VCS (verbal category scale) Dilatation (0-3 cm)	→ Phase de latence → Méthodo OK → Éthique OK → Acupressure faite pendant la phase active → Méthodologie peu compréhensible
	Effects of ear and body acupressure on labor pain and duration of labor active phase: A randomized controlled trial- Zainab Alimoradi (2020)	RCT	Iran	3 groupes Corps, auriculaire ou rien	Intensité dIrs (VAS) Dilatation de 4 à 10cm	→ Dilatation à partir de 4 cm → Méthodo OK → Éthique OK → Ils ne distinguent pas la phase de latence et la phase active dans leurs résultats ni tableau donc pas possible pour nous de prendre les résultats qu'on a besoin
	Comparison the effect of Swedish massage and	RCT	Iran	Massage (effleurage et pétrissage) vs	4cm 8-10cm	→ Phase active, pas possible de différencier la dilatation

	interferential electrical stimulation on labor pain and childbirth experience in primiparous women: a randomized controlled clinical trial- Mahsa Maghalian (2022)			électrostimulation vs soins routine	EVA	
	Effect of Warm and Cold Acupressure Applied to the LI4 Acupressure Point on Childbirth Comfort During Labor: A Randomized Controlled Trial- Serap Öztürk Altınayak (2024)	RCT	Turquie (en anglais)	Effets de l'acupressure par le chaud et le froid au point LI4 3 groupes : acupressure par le chaud, acupressure par le froid, groupe de contrôle	EVA	Pas d'article
	Effect of LI4 and BL32 acupressure on labor pain and delivery outcome in the first stage of labor in primiparous women: A randomized controlled trial- Giti Ozgoli (2016)	RCT		Acupressure LI4 ou BL32 vs routine	4-5cm 6-7cm 8-10cm Échelle numérique	→ Méthodo OK 106 participantes en 3 groupes : LI4 (35), BL32 (35) et groupe de contrôle (35). → Éthique OK → Différents groupes pour les dilatations, OK de prendre celle avec 4-5. p = 0,001 pour LI4 et BL32. BL32 semble plus efficace que LI4
	The effect of reflexology on labor pain, anxiety, labor duration, and birth satisfaction in primiparous pregnant women: a randomized controlled trial- Semra Akköz Çevik (2021)	RCT		Réflexologie		Pas pertinent

Comparing the effect of acupressure with or without ice in LI-4 point on labour pain and anxiety levels during labour: a randomised controlled trial- Firoozeh Mirzaee (2021)	RCT		Acupressure avec ou sans glace vs soins routine --> dls + anxiété		Pas trouvé en entier
The Effect of Foot Reflexology on Anxiety, Pain, and Outcomes of the Labor in Primigravida Women- Soheila Moghimi-Hanjani (2015)	Essai clinique		Réflexologie		Pas pertinent
The effect of ice pressure applied on large intestinal 4 on the labor pain and labor process- Emine Yildirim (2018)	Etude expérimentale contrôlée		2 groupes :	Phase active	Pas pertinent
Complementary medicine for laboring women: a qualitative study of the effects of reflexology- Zahi Arnon (2018)	Étude qualitative : interview ouvert	Israël	Réflexologie		Tout va mal
Effects of low back massage on perceived birth pain and satisfaction- Seda Unalmis Erdogan (2017)	Étude-contrôle expérimentale	Turquie (anglais)	Massage bas dos -> dls + satisfaction	3-4cm 5-7cm 8-10cm EVA	
Acupressure and Acupuncture Use in the Peripartum Period- Kristin L Atkins (2021)				Reduction dlrs	Pas dispo en entier
Use of pharmacological and non-pharmacological labour pain management techniques and their relationship to maternal and infant birth	Etude longitudinale	Australie	Pharmacologie vs non pharmacologique	Accouchement	

	outcomes: examination of a nationally representative sample of 1835 pregnant women- Jon Adams (2015)					
	The Effect of Acupressure Applied to Point LI4 on Perceived Labor Pains- Yasemin Hamlacı (2017)	RCT	Turquie (anglais)	Acupressure vs soins routine -> dls	4-5cm 7-8cm EVA	→ EVA → Éthique OK 88 femmes de 37 à 40 SA, singleton, pas de complications obstétricales, travail spontané, dilatation de moins de 5 cm → 1 ^{ère} application entre 4-5 cm : OK pour différencier de 7-8 cm. 1 ^{ère} application : p = 0,001
	The impact of antenatal massage practice on intrapartum massage application and their associations with the use of analgesics during labour : Sub-analysis of a randomised control trial.- Chit Ying Lai (2022)	RCT Sub-analysis	Chine	Massage PANP + s.acc --> durée	Pethidine ou péridurale	C'est l'analyse de leur RCT → trouvé dans leurs références : Effectiveness of a childbirth massage programme for labour pain relief in nulliparous pregnant women at term: a randomised controlled trial. (2021) → plus de 18 ans, singleton, pas de CI pour AVB. → exclusion : massages faits aux femmes dans le groupe de contrôle, pas de partenaire pour apprendre les techniques de massage → Methodo OK

						→ Pas d'échelle d'évaluation de la douleur, seulement se base sur l'utilisation d'analgésie médicamenteuse
	A pilot randomised controlled trial exploring the effects of antenatal reflexology on labour outcomes- Julie E M McCullough (2017)	RCT		Réflexologie		Pas bon thème
	Women's preferences and received pain relief in childbirth - A prospective longitudinal study in a northern region of Sweden- Annika Lindholm (2015)	Etude longitudinale prospective	Suède	Préférences méthodes pour dlrs Plusieurs dont massage surtout	Likert scale 3 questionnaires 32-34SA, avant acc et après Plutôt sur la satisfaction Pas de dilatation	
	[Clinical observation of analgesia in delivery treated with acupoint pressure therapy]- Yunhui Wan (2016)					Article pas disponible Pas en français
	Application of Nonpharmacologic Methods to Relieve Pain During Labor: The Point of View of Primiparous Women- Michele Ediane Gayeski (2015)	Etude transversale	Brésil (en anglais)		Evaluation de la satisfaction des femmes et de l'équipe soignante par des questionnaires	Pas pertinent
	The effects of acupressure on labor pains during child birth: randomized clinical trial- Reginaldo Roque Mafetoni (2016)	Essai clinique contrôlé			Phase active	Pas pertinent
ZOTERO	<i>Effects of acupressure and shower applied in the delivery</i>	RCT	Turquie (en anglais)	Effet de l'acupressure et de la	EVA	DOUBLON

	<i>on the intensity of labor pain and postpartum comfort</i> SOLT KIRCA, Ayça et al. (2022)			douche sur la douleur (et le confort en PP) 2 groupes : acupressure et douche et le groupe de contrôle.	4-5cm de dilatation	à Méthodo OK à 120 femmes : 20-40 ans, primi, 37-42 SA, singleton, n'ont pas utilisés de méthodes non-pharmaco avant, dilatation <5 cm. à exclusion : maladies pdt grossesse, pb de communication, ttt psy, instrumentation, interv pharmaco à Différents moments d'évaluation EVA : 4-5 cm, 6-7 cm et 8-10 cm/ → Ethique OK → pvalue 0,015 avant et après intervention pour acu, p<0,0001 pour acu+douche par rapport au groupe de contrôle.
	Effects of LI4 Acupressure on Labor Pain in the First Stage of Labor Azam, H. et al. (2012)					Trop vieux

Annexe II : Grille analyses articles après lecture complète

	Titre, auteur, année	Type de devis	Pays (langue)	Interventions/ comparaison	Outcomes	Inclusion / exclusion Arguments
1	Effects of acupressure and shower applied in the delivery on the intensity of labor pain and postpartum comfort - SOLT KIRCA Ayça, 2022	RCT	Turquie (anglais) Publié dans journal EU	Acupressure ou douche vs soins de routine --> dls PP + pdt travail + confort PP	4-5cm 6-7cm 8-10cm EVA	Que 1P, 120 femmes (40/groupe) : 20-40 ans, 37-42 SA, singleton, n'ont pas utilisés de méthodes non-pharmaco avant, dilatation <5 cm. Pas FdR à exclusion : maladies pdt grossesse, pb de communication, ttt psy, instrumentation, interv pharmaco Effets de l'acupressure (BL32) et douche sur les douleurs du travail et le confort du PP à pvalue 0,015 avant et après intervention pour acu, p<0,0001 pour acu+douche par rapport au groupe de contrôle. 3 groupes : soit douche, soit acupressure (BL32) soit contrôle (peut recevoir pharmaco) Par SF, mais faisable par partenaire 3 temps de dilatation (4-5cm, 6-7cm, 8-10cm) Echelle de mesure : Maternal information form (MIF) + the VAS + the Postpartum Comfort Questionnaire (PPCQ)
2	<i>Effects of Massage and Acupressure on Relieving Labor Pain, Reducing Labor Time, and Increasing Delivery Satisfaction.</i> Gönenç, I. M., & Terzioğlu, F. (2020)	RCT	Turquie (en anglais)	Comparaison acupressure et massage	EVA Phase de latence	120 femmes, 1P, Turquie Pas FdR 4 groupes : massage seulement (tout corps), acupressure slmt (SP6), massage + acupressure et contrôle Le mieux : massage + acupressure Par SF, mais faisable par partenaire Résultats ok

3	<i>The effect of acupressure and massage on labor pain and birth satisfaction: a randomized controlled trial.</i> Mammadov, B., & Taş, Ç. (2024)	RCT	Chypre (vers Grèce)	Acupressure et Massage -> dls + satisfaction	Phase latence, phase active, transition EVA	66 femmes, 1P, Chypre Pas FdR 3 groupes : massage (sacré, dos), acupressure (LI4) et contrôle Fait par SF mais faisable par partenaire Résultats ok
4	The Effect of Ice Massage Applied to the SP6 Point on Labor Pain, Labor Comfort, Labor Duration, and Anxiety: A Randomized Clinical Trial. Türkmen, H., Çetinkaya, S., Kiliç, H., Tuna, S. D., Şirvanci, M., & Mutlu, H. (2024)	RCT	Turquie (en anglais)	Groupe intervention : Massage à la glace au point SP6 Groupe de contrôle	EVA 4 à 5 cm de dilatation	Massage froid à 4-5cm, 6-7cm, 8-9cm pendant 3 CU -> Pas de pression mais sur point accu 100 femmes primi Lieu : Salle de naissance (unité), SF -> PEC ressemble chez nous. Ocytocine d'office 4-5cm Echelle mesure : VAS (0-10) utilisée avant/après intervention + Personal Information Form, Childbirth Comfort Questionnaire, State-Trait Anxiety Inventory Résultats : VAS -> significativement plus bas après intervention à 4-5cm. Pas de différence significative par rapport au temps du travail (dilatation) + anxiété. Augmentation du niveau de confort Fais par SF mais faisable par partenaire
5	Effect of LI4 and BL32 acupressure on labor pain and delivery outcome in the first stage of labor in primiparous women: A randomized controlled trial-Giti Ozgoli (2016)	RCT		Acupressure LI4 ou BL32 vs routine	4-5cm 6-7cm 8-10cm Échelle numérique	Méthodo OK 106 participantes en 3 groupes : LI4 (35), BL32 (35) et groupe de contrôle (35). Éthique OK Différents groupes pour les dilatations, OK de prendre celle avec 4-5. p = 0,001 pour LI4 et BL32. BL32 semble plus efficace que LI4

6	The Effect of Acupressure Applied to Point LI4 on Perceived Labor Pains- Yasemin Hamlacı (2017)	RCT	Turquie (anglais)	Acupressure vs soins routine -> dls	4-5cm 7-8cm EVA	EVA Éthique OK 88 femmes de 37 à 40 SA, singleton, pas de complications obstétricales, travail spontané, dilatation de moins de 5 cm 1 ^{ère} application entre 4-5 cm : OK pour différencier de 7-8 cm. 1 ^{ère} application : p = 0,001
7	<i>Effect of Foot Massage on Labor Pain in Parturient Women.</i> Şanlı, Y., & Güngör Satılmış, İ. (2023)	RCT	Turquie (en anglais)	Massage des pieds	EVA 4-5 cm	Massage des pieds durant le travail sur la douleur, la durée du travail, les interventions, HPP et l'impact émotionnel 80 femmes -> 40 groupe intervention, 40 groupe contrôle 20 minutes massage à 3 temps -> (4-5cm, 6-7cm, 8-9cm) vs soins de routine Echelle mesure : VAS + Labor Agency Scale (LAS) Peut être applicable mais peut nécessiter un enseignement de massage pied -> dans étude chercheur avec pratique !
8	The effect of acupressure on labor pain and the duration of labor when applied to the SP6 point: Randomized clinical trial- Hülya Türkmen (2020)	RCT simple aveugle	Turquie (anglais)	Acupressure vs placebo sur dlrs et sur temps du travail	Echelle numérique dlrs (EVA) Phase active (4-7cm)+transition (8-10cm)	Effets de l'acupressure (SP6) sur les douleurs de la première phase de travail et la durée Méthode : 60 femmes. 30 groupe intervention, 30 groupe contrôle Durant phase active, transition groupe intervention appuie sur point acu alors que groupe contrôle on touche seulement. Echelle de mesure : NRS + Pregnant Information Form + Partograph Form + un questionnaire de satisfaction

9	The effect of GB21 acupressure on pain intensity in the first stage of labor in primiparous women: A randomized controlled trial- Hamideh Torkiyan (2021)	RCT simple aveugle	Iran	3 groupes Acupressure vs placebo vs rien	Dilatation 3 phases (3-5cm+6-7cm+8-10cm) Echelle dlrs numérique (NRS)	Effets du point acupressure GB21 sur les douleurs lors de la première phase de travail Méthode : 174 femmes dans 3 groupes à 58 acupressure groupe, 58 groupe fictif et 58 dans groupe contrôle. Acu + fictif groupe ont reçu intervention à 3 moments différents à 3-5cm, 6-7cm, 8-10cm Echelle de mesure : NRS ok peut être applicable par SF ou partenaire
---	---	--------------------	------	---	--	---

Annexe III : analyses articles avec grille CONSORT

Grille CONSORT article 1 (Solt Kirca & Kanza Gul, 2022)

Référence de l'article (Norme APA 7) : Solt Kirca, A., & Kanza Gul, D. (2022). Effects of acupressure and shower applied in the delivery on the intensity of labor pain and postpartum comfort. <i>European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology</i> , 273, 98-104. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.04.018			
Traduction française originale de la liste de contrôle CONSORT			
Item	N°	Recommandation	Justification
Titre et résumé	1a	Identification en tant qu' "essai randomisé" dans le titre ?	Non, mais les auteurs l'ont nommé dans le résumé (page 98).
	1b	Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusions ?	Oui, les auteurs ont suivi cette structure pour le résumé.
Introduction			
Contexte / justification	2a	Le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question sont-ils expliqués ?	Oui, les auteurs développent le contexte scientifique en s'appuyant sur d'autres études/données scientifiques. Ils légitiment leur étude par la volonté de confirmer l'efficacité de la douche et de l'acupressure dans la gestion de la douleur. Ceci est indiqué dans le chapitre Introduction (pages 98-99).
Objectifs	2b	Les objectifs spécifiques de l'étude sont-ils clairement énoncés ?	Oui, les auteurs indiquent clairement que l'objectif est "d'étudier les effets de la douche et de l'acupression pendant la phase active du travail, à la fois sur la douleur ressentie pendant l'accouchement et sur le confort des femmes enceintes en post-partum". Cet élément est donné à la fin du chapitre Introduction (page 99).
		Les auteurs énoncent-ils également des hypothèses ?	Non, il n'y a pas d'hypothèses énoncées par les auteurs.
Méthodes			
Plan de l'essai	3a	Description du plan de l'essai (tel que : groupes parallèles, plan factoriel) en	Oui, une description des groupes parallèles divisé en 3, acupressure, douche et contrôle est décrite lors du chapitre Intervention (page 99). Il n'est pas spécifié les ratios

		incluant les ratios d'allocation ?	d'allocation par les auteurs mais peut être déduit par le diagramme de Flow (est de 1:1:1) (page 100).
	3b	Changements importants de méthode après le début de l'essai (tel que les critères d'éligibilité), en expliquer la raison ?	Non, aucun changement n'a été effectué dans la méthode de cette étude.
Participants	4a	Critères d'éligibilité des participants?	Oui, les auteurs ont énoncés les critères d'inclusion suivants : être âgé de 20 à 40 ans ; avoir un fœtus en présentation céphalique ; un poids fœtal estimé de 2,5 - 4 kg selon l'US ; être primipare ; avoir entre 37 - 42 SA avec un seul fœtus ; avoir prévu un accouchement voie basse ; ne pas avoir utilisé de méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur auparavant ; avoir une dilatation cervicale <5 cm; et ne pas avoir reçu d'analgésie ou d'anesthésie. Ces éléments sont présents dans le chapitre Participants (page 99).
	4b	Les structures et lieux de recueil des données sont-ils précisés?	Les auteurs ont indiqué le nom de la maternité de l'hôpital, Private Medipol Nisa Hospital. Ils n'ont pas précisé le pays ou l'étude s'est déroulée. Cela est donné dans le chapitre Participants (page 99).

Interventions	5	Interventions pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour pouvoir reproduire l'étude, en incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites?	<p>Oui, les auteurs ont décrit chaque intervention et chaque groupe. Pour l'acupression, les points BL32 sont situés au niveau du deuxième des huit foramens du sacrum, qui sont disposés en deux rangées verticales de quatre foramens. Un chercheur s'est assis derrière la femme pour accéder confortablement à la zone sacrée et se trouver dans la position appropriée. Elle a ensuite exercé une pression rotative profonde sur les points BL32 jusqu'à ce que la couleur du lit de l'ongle change afin d'éviter tout inconfort chez les participantes. / Pour la douche : Pendant les contractions utérines, ces participantes ont pris une douche debout, avec l'aide d'un chercheur (durée moyenne : 20 min). Les femmes ont choisi une plage de température de l'eau comprise entre 32°C et 37°C. La température de l'eau a été vérifiée à l'aide d'un thermomètre. / Pour le groupe contrôle, les femmes du groupe témoin ont reçu les soins hospitaliers habituels. Elles n'ont bénéficié d'aucune méthode pharmacologique ou non pharmacologique pour réduire la douleur de l'accouchement. L'acupression et les douches ont été appliquées à une dilatation à 4-5 cm, 6-7 cm et 8-10 cm. Ces méthodes ont été appliquées 18 fois pendant les CU. 6 fois à 4-5 cm, 6 fois à 6-7 cm et 6 fois à 8-10 cm. Les applications s'arrêtaient à la fin de chaque contraction et reprenaient dès qu'une autre commençait. Aucune application n'a été effectuée entre les contractions. Avant et après la procédure, les participantes ont évalué leur douleur à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA). Ces éléments sont indiqués dans le chapitre Intervention (pages 99-100).</p>
---------------	---	--	---

Critères de jugement	6a	Critères "a priori" de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand ils ont été évalués ?	Oui, les auteurs ont défini comme critères de jugement principal pour leur étude, l'intensité de la douleur pendant le travail qui a été mesurée par une échelle visuelle analogique (EVA) à trois stade de la dilatation (4–5 cm, 6–7 cm et 8–10 cm), avant et après les interventions (acupression ou douche). Aussi, les auteurs ont défini le confort post-partum, évalué avec le Postpartum Comfort Questionnaire (PPCQ), un outil en 48 items mesurant différents aspects du confort des femmes après l'accouchement. / Pour le critère de jugement secondaire, il s'agit de l'évaluation néonatale par les scores d'Apgar, utilisée pour s'assurer de l'absence d'effets indésirables sur le nouveau-né suite aux interventions. Ces informations se trouvent dans le chapitre Measurement tools (page 100) et le chapitre Results (page 101).
	6b	Changement quelconque de critères de jugement après le début de l'essai, en expliquer la raison?	Non, il n'y a pas eu de changement des critères de jugement dans cette étude.
Taille de l'échantillon	7a	Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ?	Les auteurs ont utilisé le logiciel : G*Power (version 3.1.9.3). Cet élément est détaillé dans le chapitre Participants (page 99).
	7b	Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt ?	Non, cela n'est pas applicable dans cette étude.
Randomisation			

Production de la séquence	8a	La méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation est-elle précisée?	Oui, les auteurs expliquent que pour répartir les participantes dans les groupes acupression, douche ou contrôle, il leur a été demandé de choisir une enveloppe scellée contenant la lettre X, Y ou Z. Ensuite, un chercheur a ouvert les enveloppes. Ceux qui ont choisi l'enveloppe contenant la lettre X ont été affectés au groupe douche, ceux qui ont choisi l'enveloppe contenant la lettre Y ont été affectés au groupe acupression et ceux qui ont choisi l'enveloppe contenant la lettre Z ont été affectés au groupe de contrôle. Ces informations se trouvent dans le chapitre Participants (page 99).
	8b	Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction (comme par ex. : par blocs, avec la taille des blocs)?	Les auteurs ont sélectionné une randomisation avec un tirage au sort d'enveloppes à l'aveugle. Cet élément est donné dans le chapitre Participants (page 99).
Mécanisme d'assignation secrète	9	Mécanisme utilisé pour mettre en oeuvre la séquence d'allocation randomisée (comme par exemple : l'utilisation d'enveloppes numérotées séquentiellement), en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions?	Le mécanisme utilisé a été le choix d'une enveloppe scellée contenant la lettre X, Y ou Z. Un chercheur a ouvert les enveloppes. Les groupes ont été divisés de la manière suivante : la lettre X pour le groupe douche, la lettre Y pour le groupe acupression et la lettre Z pour le groupe de contrôle. Ces éléments sont indiqués dans le chapitre Participants (page 99).
Mise en œuvre	10	Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leurs groupes?	Ce sont les chercheurs qui ont recrutés les participantes et qui ont appliqués les différentes interventions. Nous n'avons pas de notion du nombre de chercheurs exacts et si cela était le même chercheurs durant toute la procédure. Cela est décrit dans les chapitres Participants et Data collections (pages 99 et 100).
Aveugle	11a	Au cas où, décrire qui a été en aveugle après l'assignation des interventions (par exemple, les participants, les administrateurs de traitement, ceux qui évaluent les	Il n'y a pas d'interventions en aveugle, les chercheurs et les participantes savent qu'elle est l'intervention donnée. Cela est décrit dans les chapitres Participants, Intervention et Data collection (page 99 et 100).

		résultats) et comment ont-ils été empêchés de savoir?	
	11b	Si approprié, description de la similitude des interventions ?	Non, cela n'est pas nécessaire pour cette étude.
Méthodes statistiques	12a	Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaires?	Les auteurs ont utilisé le logiciel SPSS 22.0 pour analyser les données. Le test Shapiro-Wilk a permis de déterminer si les variables avaient une distribution normale ou non. Si normale, une analyse de variance à sens unique a été faite pour comparer les données. Si non-normale, cela a été comparé avec test Kruskal-Wallis. Les données ont été analysées avec des valeurs moyennes, d'écart types, de valeurs minimales et maximales et de pourcentage. Les valeurs $p < 0,05$ sont considérées comme statistiquement significatives. Ces éléments se trouvent dans le chapitre Statistical analysis (page 101).
	12b	Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sousgroupes ou des analyses ajustées	Il n'a pas été nécessaire de faire d'analyses supplémentaires. Les auteurs indiquent seulement que les changements temporels au sein des groupes et entre les groupes ont été examinés à l'aide du test de Wilcoxon et du test de Kruskal-Wallis. Ceci est décrit dans le chapitre Statistical analysis (page 101).
Résultats			
Flux des participants (un diagramme est fortement conseillé)	13a	Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assignés par tirage au sort, qui ont reçu le traitement qui leur était destiné, et qui ont été analysés pour le critère de jugement principal?	Oui, les auteurs l'ont spécifié par un diagramme de Flow. Celui-ci est donné dans la figure 1 (page 100).
	13b	Pour chaque groupe, abandons et exclusions après la randomisation, en donner les raisons?	Oui les auteurs indiquent par le biais de leur diagramme (page 100). Ils précisent les critères d'exclusion (pas dans les critères d'inclusion, participation retirée, autres raisons) ainsi que les abandons lors du processus.

Recrutement	14a	Dates définissant les périodes de recrutement et de suivi?	Oui, l'étude a duré de mai 2019 à janvier 2020. Cet élément est indiqué dans le chapitre Participants (page 99).
	14b	Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu (si interrompu)?	Il n'y a pas eu d'interruption de l'étude.
Données initiales	15	Une table décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe est-elle présente?	Oui, les auteurs ont fait un tableau représentant ces caractéristiques. Cela est précisé dans la table 1 (page 101).
Effectifs analysés	16	Nombre de participants (dénominateur) inclus dans chaque analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine?	Les auteurs ont sélectionné 40 participantes par groupe d'intervention (2x) et 40 participants dans le groupe contrôle. Il n'y a pas eu de changement précisé au moment de l'analyse. Ces éléments peuvent être constatés dans la figure 1 (page 101).

Critères de jugement et estimations	17a	Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision (comme par ex. : intervalle de confiance à 95 %)	Les auteurs ont pu démontrer que l'EVA calculée à 4-5cm, montrait un score de 3 pour tous les groupes avant l'intervention, et un score de 3 après 6 CU pour le groupe d'acupression, un score de 2 pour le groupe douche et un score 3 pour le groupe contrôle. Les résultats pour le groupe douche ($p < 0,001$) et pour celui d'acupression ($p = 0,015$) était statistiquement significatif. A 6-7cm, les résultats sont aussi significatifs pour le groupe d'acupression et de la douche par rapport au groupe contrôle. La comparaison des scores de douleur des groupes après l'application de l'intervention a révélé que les scores étaient significativement plus bas dans le groupe acupression que dans le groupe témoin, et significativement plus élevés dans le groupe douche ($p < 0,001$). Lorsque la dilatation était de 8 à 10 cm, les scores de douleur post-application dans le groupe acupression étaient significativement inférieurs à ceux du groupe témoin, mais non différents de ceux du groupe douche ($p < 0,001$). La comparaison des scores d'Apgar des nourrissons des trois groupes n'a révélé aucune différence significative ($p > 0,05$). Selon la comparaison des groupes en termes de scores au PPCQ, les participantes du groupe douche ont obtenu des scores moyens plus élevés sur l'échelle globale que les participantes du groupe témoin ($p < 0,016$). Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes acupression et douche ($p > 0,05$). Il n'y avait pas de différence significative entre le groupe acupression et le groupe témoin ($p > 0,05$). Ces éléments sont développés dans le chapitre Results (page 101).
	17b	Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives?	Oui, des variables binaires sont présentes pour la situation professionnelle, le revenu mensuel et la taille de l'enfant. Les valeurs absolues sont données dans la table 1 (page 101).

Analyses accessoires	18	Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée, en incluant les analyses en sous-groupes et les analyses ajustées, et en distinguant les analyses spécifiées a priori des analyses exploratoires?	Aucune analyse supplémentaire n'a été ajoutée par les auteurs.
Risques	19	Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe sont-ils présentés?	Non, les auteurs n'ont pas présenté les risques, effets secondaires possibles au travers de l'étude.
Discussion			
Limitations	20	Les limitations de l'essai, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision, et au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyse sont indiquées?	Oui, les auteurs précisent qu'une des limites de leur étude est la petite taille de l'échantillon (120 participants) ainsi que la difficulté à pouvoir généraliser leurs résultats. Ceci est expliqué dans le chapitre Study limitations (page 103).
Généralisabilité	21	"Généralisabilité" (validité externe, applicabilité) des résultats de l'essai?	Non, les auteurs précisent que les résultats ne sont pas généralisables à toute la population de femmes enceintes, car l'étude s'est adressée aux femmes primipares qui n'avaient pas de complications obstétricales ou de pathologies. La thématique principale était limitée à la douleur de l'accouchement et au confort du post-partum. Aussi, les protocoles du service avec l'introduction d'office d'ocytocine en début de travail est précisé comme étant un élément ne permettant pas de généraliser totalement les résultats de l'étude. Ceci est défini dans le chapitre Study limitations (page 103).

Interprétation	22	Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte du ratio bénéfices/risques et de possibles autres faits pertinents	Oui, les auteurs comparent/se réfèrent à d'autres résultats d'études précédentes qui apportent les mêmes résultats. Aussi, ils précisent que leur intervention n'apporte pas de risque ou de complications lors du travail de l'accouchement. Ces éléments sont présentés à la fin du chapitre Discussion (page 103) et dans le chapitre Conclusion (page 103).
Autre information			
Enregistrement	23	Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé?	Oui, les auteurs donnent le numéro de référence suivant, NCT04977713, dans le chapitre Ethical considerations (page 101).
Protocole	24	Le protocole complet de l'essai peut-il être consulté?	Oui, il est possible de trouver le protocole sur le site https://www.clinicaltrials.gov/
Financement	25	Sources de financement et autres ressources (par ex. : fourniture de médicaments), rôle des donateurs?	Les auteurs précisent que leur "recherche n'a bénéficié d'aucune subvention spécifique de la part d'organismes de financement des secteurs public, commercial ou à but non lucratif". Ceci est indiqué dans le chapitre Funding (page 103).

Grille CONSORT article 2 (Ozgoli et al., 2016)

Référence de l'article (Norme APA 7) : Ozgoli, G., Sedigh Mobarakabadi, S., Heshmat, R., Alavi Majd, H., & Sheikhan, Z. (2016). Effect of LI4 and BL32 acupressure on labor pain and delivery outcome in the first stage of labor in primiparous women : A randomized controlled trial. <i>Complementary Therapies in Medicine</i> , 29, 175-180. https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.10.009			
Traduction française originale de la liste de contrôle CONSORT			
Item	N°	Recommandation	Justification
Titre et résumé	1a	Identification en tant qu' "essai randomisé" dans le titre ?	Oui, cet élément est présent dans le titre.
	1b	Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusions ?	Oui, le résumé suit cette structure.
Introduction			
Contexte / justification	2a	Le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question sont-ils expliqués ?	Oui, les auteurs ont expliqué cela au début de l'introduction (page 1) ainsi que vers la fin de l'introduction (page 2).
Objectifs	2b	Les objectifs spécifiques de l'étude sont-ils clairement énoncés?	Oui, un objectif est clairement défini (déterminer et comparer l'effet de l'acupression LI4 et BL32, l'une par rapport à l'autre et par rapport au groupe de contrôle, sur la sévérité de la douleur dans la phase active du premier stade du travail et sur les résultats de l'accouchement.) en fin de l'introduction (page 2).
		Les auteurs énoncent-ils également des hypothèses ?	Oui, les auteurs font certaines hypothèses et s'appuient sur les études déjà menées pour justifier leur étude milieu de l'introduction (page 2).
Méthodes			
Plan de l'essai	3a	Description du plan de l'essai (tel que : groupes parallèles, plan factoriel) en incluant les ratios d'allocation ?	Oui, une description des groupes parallèles divisé en 3 est décrite lors du chapitre randomization and intervention (page 3). Il n'est pas spécifié les ratios d'allocation par les auteurs mais peut être déduit par le diagramme de Flow (est de 1:1:1) (page 4).

	3b	Changements importants de méthode après le début de l'essai (tel que les critères d'éligibilité), en expliquer la raison ?	Oui, des changements ont été fait après la phase pilote. Les auteurs ont ajouté un troisième temps de mesure (4-5cm, 6-7cm, 8-10cm) car les femmes préféraient recevoir l'intervention lors de douleurs intenses. Aussi, les auteurs ont toléré une pression unilatérale sur le point LI4 et non bilatérale car cela était plus difficile pour les femmes qui étaient équipées de perfusion aux mains. Cela est détaillé dans le chapitre Pilot study (page 2). Mais sinon aucun changement n'a été effectué.
Participants	4a	Critères d'éligibilité des participants?	Les critères d'éligibilités sont présents lors du chapitre Setting and participants (page 2) : âge entre 19-35 ans, primipare, > 37 SA, AVB physiologique, présentation foetale en céphalique, dilatation >4cm et min. 3 CU/10 min
	4b	Les structures et lieux de recueil des données sont-ils précisés?	Oui, l'étude est effectuée à l'hôpital Shahid Akbarabadi (Téhéran) du 22 août au 21 novembre 2008. Cela est indiqué dans le chapitre Setting and participants (page 2).

Interventions	5	Interventions pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour pouvoir reproduire l'étude, en incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites?	<p>Oui, trois groupes ont été définis : un groupe qui recevait une pression sur le point LI4, un groupe qui recevait une pression sur les points BL32, et le groupe de contrôle. Le groupe LI4 a été invité à s'asseoir dans la position la plus favorable et le chercheur s'est assis en face d'eux. Lors des douleurs, le chercheur a exercé une pression sur le point LI4 de la main droite à l'aide de son pouce droit. Pour éviter toute gêne, la pression a été appliquée profondément et de haut en bas autour du point LI4 jusqu'à ce que la couleur du lit de son ongle change. La pression a été interrompue à la fin de chaque contraction et reprise au début d'une autre contraction. Cette procédure a été répétée pendant six contractions et, après la sixième acupression, les femmes ont été invitées à déterminer l'intensité de la douleur. Pour les femmes du groupe BL32 se sont installées dans la position qui leur convenait et le chercheur s'est mis derrière elles pour avoir accès à la région sacrée. Lors des douleurs, le chercheur a exercé une pression profonde et rotative sur les points bilatéraux BL32 simultanément jusqu'à ce que la couleur du lit de son ongle change. La fréquence et la méthode de mesure de la douleur étaient les mêmes que pour le groupe précédent. Pour le groupe contrôle, le chercheur est allé près des sujets et a effectué toutes les activités de routine des deux autres groupes, à l'exception de l'application de l'acupression. Le chercheur a communiqué verbalement avec les femmes comme dans les deux autres groupes et a mesuré l'intensité de la douleur aux intervalles indiqués. Les groupes d'intervention et de contrôle ont été étudiés dans la même pièce. Les auteurs l'ont détaillé dans le chapitre Randomization and interventions (page 3)</p>
---------------	---	--	---

Critères de jugement	6a	Critères "a priori" de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand ils ont été évalués ?	La douleur du travail a été évaluée à l'aide d'une échelle d'évaluation numérique (NRS) allant de 0 à 10. L'évaluation de la douleur a été effectuée pendant les contractions au cours de chaque période de dilatation (4-5cm, 6-7cm, 8-10cm) avant et après l'intervention. Pour les critères de jugement secondaire, ce sont la nécessité de faire une césarienne, l'évaluation néonatale par l'APGAR et l'efficacité de l'intervention pour soulager la douleur (questionnaire de satisfaction)-> évaluer à 2h de PP. Ces éléments sont développés dans le chapitre Outcome measurements (page 3).
	6b	Changement quelconque de critères de jugement après le début de l'essai, en expliquer la raison?	Non, les auteurs ne spécifient pas de changement de leurs critères de jugement.
Taille de l'échantillon	7a	Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ?	Par l'analyse de la variance (ANOVA), avec $\alpha = 0,05$, $\beta = 0,08$, et $\Delta/\sigma = 1$. La puissance de l'étude était de 80 %. Selon la possibilité d'exclure certains cas, la taille de l'échantillon pour chaque groupe a été fixée à 35. Ces informations sont définies dans le chapitre Statistical analysis (page 3)
	7b	Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt ?	Non, cela n'est pas applicable dans cette étude.
Randomisation			
Production de la séquence	8a	La méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation est-elle précisée?	Oui, cela a été fait par un logiciel de randomisation (Random AllocationSoftware.msi). Cela se trouve dans le chapitre Randomization and interventions (page 2).

	8b	Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction (comme par ex. : par blocs, avec la taille des blocs)?	Les auteurs ont choisi une randomisation simple par attribution de numéro en aveugle de manière aléatoire. Cela est développé dans le chapitre Randomization and interventions (page 2).
Mécanisme d'assignation secrète	9	Mécanisme utilisé pour mettre en oeuvre la séquence d'allocation randomisée (comme par exemple : l'utilisation d'enveloppes numérotées séquentiellement), en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions?	Cela a été fait par le biais d'une liste de numéro créé en avance par le logiciel de randomisation et attribué de manière aléatoire selon l'ordre d'arrivée des patientes. Il est possible de retrouver ces éléments dans le chapitre Randomization and interventions (page 2).
Mise en œuvre	10	Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leurs groupes?	Ce sont les chercheurs qui ont recrutés les participantes. Un logiciel a réparti les groupes de manière aléatoire. Les chercheurs ont appliqués les différentes interventions après avoir eu une formation validée. Pas de notion du nombre chercheurs, si même chercheurs durant toute la procédure. Cela est abordé légèrement dans le chapitre Randomization and interventions (page 2)
Aveugle	11a	Au cas où, décrire qui a été en aveugle après l'assignation des interventions (par exemple, les participants, les administrateurs de traitement, ceux qui évaluent les résultats) et comment ont-ils été empêchés de savoir?	Il n'y a pas d'interventions en aveugle, les chercheurs et les participantes savent qu'elle est l'intervention donnée. Cela est décrit dans le chapitre Randomization and interventions (page 3).
	11b	Si approprié, description de la similitude des interventions ?	Non, il n'y a pas d'interventions similaires à présenter.

Méthodes statistiques	12a	Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaires?	Les données ont été analysées à l'aide de la version 11.5 de SPSS (SPSS, Chicago, IL). Le test t de l'échantillon a été utilisé pour déterminer les changements de la douleur avant et après l'intervention dans chaque groupe. Pour toutes les analyses, la signification statistique a été définie comme $P < 0,05$. Cela est indiqué dans le chapitre Statistical analysis (page 3).
	12b	Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sousgroupes ou des analyses ajustées	Le test de Kruskal-Wallis a été utilisé pour comparer le soulagement de la douleur entre les trois groupes de l'étude, suivi du test de Mann-Whitney. Pour comparer les changements de la douleur entre les trois groupes, l'ANOVA a été appliquée, suivie du test de Tukey pour les comparaisons ultérieures. Aussi, le type d'accouchement, l'efficacité du soulagement de la douleur du point de vue des femmes et la volonté de suivre le même traitement ont été comparés entre les trois groupes à l'aide du test du chi carré. Les auteurs l'ont décrit dans le chapitre Statistical analysis (page 3).
Résultats			
Flux des participants (un diagramme est fortement conseillé)	13a	Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assignés par tirage au sort, qui ont reçu le traitement qui leur était destiné, et qui ont été analysés pour le critère de jugement principal?	Oui, un diagramme de Flow est présent en page 4.
	13b	Pour chaque groupe, abandons et exclusions après la randomisation, en donner les raisons?	Oui, les auteurs l'ont spécifié dans le diagramme -> refus de participation, exclusion, ne sont pas dans les critères d'inclusion, les naissances par césariennes d'urgence ou encore un abandon (page 4).
Recrutement	14a	Dates définissant les périodes de recrutement et de suivi?	Oui, les auteurs l'ont indiqué, du 22 août 2008 au 21 novembre 2008, dans le chapitre Setting and participants (page 2).

	14b	Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu (si interrompu)?	Il n'y a pas eu d'interruption de l'étude.
Données initiales	15	Une table décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe est-elle présente?	Oui, les auteurs ont développé ces caractéristiques dans le chapitre Baseline characteristics (page 3) et la table 1 (page 4).
Effectifs analysés	16	Nombre de participants (dénominateur) inclus dans chaque analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine?	Les auteurs ont sélectionné 35 participantes par groupe (2x) sauf pour le groupe contrôle qui était à 36 et ou il y a eu 1 abandon en cours de recherche. Il n'y a pas eu de changement précisé au moment de l'analyse. Ces éléments peuvent être constatés dans le diagramme de Flow (page 4).
Critères de jugement et estimations	17a	Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision (comme par ex. : intervalle de confiance à 95 %)	Pour le critère de jugement de la douleur, les auteurs ressortent une différence significative dans le soulagement de la douleur pour groupe LI4 et groupe témoin ($P = 0,001$, $P = 0,001$), groupe BL32 et groupe témoin ($P = 0,001$, $P = 0,001$), groupe LI4 et groupe BL32 ($P = 0,01$, $P = 0,03$) lors de la première et la deuxième période de l'intervention. Pour la troisième période d'intervention, les groupes d'acupression (LI4 et BL32) n'étaient pas significativement différents en ce qui concerne le soulagement de la douleur ($P = 0,18$) mais ont connu un soulagement de la douleur significativement plus important que les groupes témoins ($P = 0,001$). Ces résultats sont décrits dans le chapitre Pain outcomes (page 3).
	17b	Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives?	Oui, des variables binaires sont présentes pour le mode de naissance et la volonté de réutiliser cette méthode dans le future par contre elle. Les valeurs absolues sont données dans la table 3 (page 5).

Analyses accessoires	18	Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée, en incluant les analyses en sous-groupes et les analyses ajustées, et en distinguant les analyses spécifiées a priori des analyses exploratoires?	Les auteurs n'ont pas relevés de différence significative dans les caractéristiques de base des groupes. Aussi, similaires en ce qui concerne les soins prénataux, la rupture des membranes à l'admission et l'utilisation de l'ocytocine pour faciliter l'accouchement ($P > 0,05$). L'efficacité du soulagement de la douleur du point de vue des femmes était significativement supérieure dans les groupes LI4 et BL32 par rapport aux témoins ($P < 0,001$), mais les groupes LI4 et BL32 n'étaient pas différents à cet égard ($P = 0,88$). Les trois groupes n'étaient pas différents pour la volonté de vivre la même expérience dans le futur ($P = 0,361$). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les groupes en ce qui concerne les résultats de l'accouchement. Cela peut être constaté dans le chapitre Baseline characteristics (page 3) et dans le chapitre Other findings (page 3).
Risques	19	Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe sont-ils présentés?	Oui, les auteurs précisent que la péthidine n'a été administrée qu'à deux femmes dans le groupe LI4 et à une femme dans le groupe témoin ($P = 0,357$). Une femme dans le groupe LI4, trois dans le groupe BL32 et trois dans le groupe témoin ont subi une césarienne en raison d'une détresse fœtale ou d'un arrêt du travail. 2 cas de score d'Apgar 7 dans la première minute après la naissance ont été enregistrés dans chacun des groupes d'acupression et un cas de score d'Apgar 8 dans la cinquième minute après la naissance dans le groupe LI4. Ceci est expliqué dans le chapitre Other findings (page 3).
Discussion			

Limitations	20	Les limitations de l'essai, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision, et au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyse sont indiquées?	Oui, les auteurs font ressortir des limites dont l'absence de contrôle par placebo. Pas de placebo pour les points LI4 ou BL32. Une autre limite est l'application unilatérale du point LI4. Il est possible de trouver ces informations dans le chapitre Discussion (page 5) ainsi que dans le chapitre Conclusion (page 6).
Généralisabilité	21	"Généralisabilité" (validité externe, applicabilité) des résultats de l'essai?	Non, les auteurs n'évoquent pas la notion de généralisabilité de leur résultat. Nous nous pouvons dire que leurs résultats ne peuvent pas être totalement généralisable car protocoles différents des nôtres. Par contre leurs interventions sont facilement applicables avec une formation simple et courte.
Interprétation	22	Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte du ratio bénéfices/risques et de possibles autres faits pertinents	Oui, les auteurs comparent/se réfèrent à d'autres résultats d'études précédentes qui apportent les mêmes résultats. Aussi, ils précisent que leur intervention n'apporte pas de risque ou de complications lors du travail de l'accouchement. Ces éléments sont présentés à la fin du chapitre Discussion (page 5).
Autre information			
Enregistrement	23	Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé?	Oui, IRCT reference number : IRCT201601283860N23. Cela est indiqué dans le chapitre Setting and participants (page 2).
Protocole	24	Le protocole complet de l'essai peut-il être consulté?	Non, nous avons trouvé le site internet mais cela n'était pas possible de l'ouvrir.
Financement	25	Sources de financement et autres ressources (par ex. : fourniture de médicaments), rôle des donateurs?	Pas de notion de financement donné par les auteurs. Par contre, ils spécifient : "Il n'y a pas de conflit d'intérêts" (page 6).

Grille CONSORT article 3 (Hamlacı & Yazici, 2017)

Référence de l'article (Norme APA 7) : Hamlacı, Y., & Yazici, S. (2017). The Effect of Acupressure Applied to Point LI4 on Perceived Labor Pains. <i>Holistic Nursing Practice</i> , 31(3), 167-176. https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000205			
Traduction française originale de la liste de contrôle CONSORT			
Item	N°	Recommandation	Justification
Titre et résumé	1a	Identification en tant qu' "essai randomisé" dans le titre ?	Non, le titre ne précise pas l'identification de l'étude.
	1b	Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusions ?	Non, les auteurs n'ont pas clairement indiqué la structure de leur résumé par ces différentes catégories. Mais ils sont présents lors de la lecture du résumé (page 167).
Introduction			
Contexte / justification	2a	Le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question sont-ils expliqués ?	Oui, les auteurs développent le contexte scientifique en s'appuyant sur d'autres études/données scientifiques. Ils légitiment leur étude par la volonté de confirmer l'efficacité de l'acupression ainsi que le besoin d'accroître les données scientifiques sur le sujet. Ceci est indiqué en fin d'introduction (page 168).
Objectifs	2b	Les objectifs spécifiques de l'étude sont-ils clairement énoncés ?	Oui, les auteurs spécifient clairement l'objectif suivant : " L'objectif de cette étude était d'évaluer les effets de l'acupression LI4 sur la douleur de l'accouchement et d'améliorer l'efficacité de l'utilisation du point LI4." (page 168).
		Les auteurs énoncent-ils également des hypothèses ?	Non, il n'y a pas d'hypothèses énoncées par les auteurs.
Méthodes			
Plan de l'essai	3a	Description du plan de l'essai (tel que : groupes parallèles, plan factoriel) en incluant les ratios d'allocation ?	Les auteurs décrivent les groupes parallèles divisé en 2 qu'ils ont effectués mais ne précisent pas les ratios d'allocation. Il est possible de penser qu'ils ont un ratio à 1:1. Ceci est indiqué dans le chapitre Design, settings, and participants (page 168).

	3b	Changements importants de méthode après le début de l'essai (tel que les critères d'éligibilité), en expliquer la raison ?	Non, aucun changement n'a été effectué dans la méthode de cette étude.
Participants	4a	Critères d'éligibilité des participants?	Les auteurs ont défini les critères d'éligibilité dans le chapitre Design, settings, and participants (page 168). Ce sont les suivants : Grossesse entre 37 - 40 semaines confirmée par US, grossesse unique avec un poids fœtal estimé entre 2500 - 4000 g, absence de complications obstétricales durant la grossesse (menace d'avortement, hyperémèse gravidique, etc.), absence de maladies systémiques pendant la grossesse (diabète gestationnel, hypertension artérielle, maladie cardiaque, etc.), travail spontané, dilatation cervicale < à 5 cm, désir d'accouchement voie basse.
	4b	Les structures et lieux de recueil des données sont-ils précisés?	Oui, les auteurs indiquent avoir effectué leur étude à la maternité de l'hôpital de T.R. Ministry of Health Bagcilar Training and Research Hospital (Turquie) du 01 juin au 30 septembre 2012. Ces éléments sont spécifiés dans le chapitre Design, settings, and participants (page 168).

Interventions	5	Interventions pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour pouvoir reproduire l'étude, en incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites?	<p>Oui, les auteurs ont décrit chaque étape de la procédure de l'étude. Ils ont localisé le point LI4 à l'aide du punctomètre. Puis l'acupression a été effectuée à 4-5 cm et 7-8 cm. Pour chaque application d'acupression les chercheurs ont appuyé sur les deux mains simultanément pendant toute la durée des contractions. 16 séances d'acupression ont été réalisées : 8 à 4–5 cm et 8 à 7–8 cm de dilatation. L'acupression était appliquée en utilisant les pouces, avec une pression moyenne de 3 à 5 kg, estimée par le chercheur. La première séance durait environ 1 heure et la seconde, 30 minutes. Après chaque intervention, les signes vitaux ont été notés et un examen vaginal effectué. Jusqu'à la prochaine application, les soins standards étaient poursuivis sans acupression. L'acupression a été réalisée dans la chambre de la femme pendant la phase active du travail, lorsque la douleur était la plus intense. Le groupe contrôle n'a eu aucune acupression ni autre traitement spécifique n'a été administrés, seules les procédures de soins standards ont été appliquées. Toute la procédure est décrite par 5 points, 1. Administration du formulaire d'informations sur les femmes enceintes, 2. Évaluation de l'EVA, 3. Application des formulaires d'observation du travail, 4. Étapes de l'application de l'acupression pour le groupe expérimental, 5. Administration du formulaire d'entretien post-partum. Ces éléments sont décrits dans le chapitre Data collection procedure (page 169).</p>
---------------	---	--	---

Critères de jugement	6a	Critères "a priori" de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand ils ont été évalués ?	Les auteurs n'ont pas clairement défini de critères de jugements principaux ou secondaires. Mais ils sont décrits de manière implicite par le critère de jugement principal comme étant le niveau de douleur perçue mesuré avec l'échelle visuelle analogique (EVA), avec une extrémité indiquant « aucune douleur » et l'autre « douleur insupportable », entre les CU aux différents moments du travail. Les différents moments d'application sont développés dans la figure 1 et 2 (page 169). Les critères de jugement secondaires sont la durée du travail qui a été suivi par un formulaire spécifique tout au long du travail ainsi que la satisfaction maternelle de l'expérience de l'acupression qui a été évaluée avec un questionnaire post-partum à 2h de l'accouchement. Ces différents éléments sont indiqués dans le chapitre Data collection items (page 168) ainsi que dans le chapitre Data collection procedure (page 169).
	6b	Changement quelconque de critères de jugement après le début de l'essai, en expliquer la raison?	Non, il n'y a pas eu de changement des critères de jugement dans cette étude.
Taille de l'échantillon	7a	Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ?	La taille a été déterminée par le logiciel Number Cruncher Statistical System-Power Analysis and Sample Size en comparaison aux scores moyens de l'échelle visuelle analogique (EVA) de l'étude de Kashanian et Shahali. Ils ont pris un risque de 0,01, un taux de confiance de 0.99 %, la condition d'un seuil de signification de $P = .05$ et de $1 - P = .80$ de la puissance statistique. Ces éléments sont mentionnés dans le chapitre Design, settings, and participants (page 168).
	7b	Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt ?	Non, cela n'est pas applicable dans cette étude.
Randomisation			

Production de la séquence	8a	La méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation est-elle précisée?	Oui, les auteurs décrivent avoir utilisé des enveloppes scellées pour effectuer l'attribution au hasard des participantes en deux groupes. Cela est indiqué dans le chapitre Design, settings, and participants (page 168).
	8b	Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction (comme par ex. : par blocs, avec la taille des blocs)?	Les auteurs ont effectué une randomisation simple par attribution d'une lettre cachée dans une enveloppe scellée. Il n'y avait pas d'aveugle pour cette étude. Cela est développé dans le chapitre Design, settings, and participants (page 168).
Mécanisme d'assignation secrète	9	Mécanisme utilisé pour mettre en oeuvre la séquence d'allocation randomisée (comme par exemple : l'utilisation d'enveloppes numérotées séquentiellement), en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions?	Oui, les auteurs ont utilisé des enveloppes scellées. Cela est indiqué dans le chapitre Design, settings, and participants (page 168).
Mise en oeuvre	10	Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leurs groupes?	Cela n'est pas décrit mais il est possible de comprendre que ce sont les chercheurs eux-même qui ont recrutés les participantes, effectués la randomisation ainsi qu'appliqués l'intervention. Un autre expert à par contre analysé les données collectées. Il est possible de retrouver ces informations dans le chapitre Design, settings, and participants (page 168) ainsi que dans les chapitres Data collection items, Data collection procedure et Data analysis (page 169 et 170).
Aveugle	11a	Au cas où, décrire qui a été en aveugle après l'assignation des interventions (par exemple, les participants, les administrateurs de traitement, ceux qui évaluent les résultats) et comment ont-ils été empêchés de savoir?	Il n'y a pas eu d'aveugle précisé dans cette étude.
	11b	Si approprié, description de la similitude des interventions ?	Aucune similitude n'est présente car il n'y a qu'une seule intervention.

Méthodes statistiques	12a	Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaires?	Les auteurs ont mobilisé un expert pour analyser les données avec un logiciel, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 15.0. Pour faire les analyses statistiques c'est le logiciel logiciel Number Cruncher Statistical System (NCSS) 2007 qui a été utilisé. Ces éléments sont indiqués dans le chapitre Data analysis (page 170).
	12b	Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sous groupes ou des analyses ajustées	Il n'y a pas eu d'analyse de sous-groupe nécessaire. Par contre, les auteurs spécifient que pour faire l'évaluation des données, ils ont effectué les moyennes, les écarts-types et l'analyse de variance à un facteur (ANOVA unidirectionnelle). Aussi, pour évaluer d'éventuelles différences entre les groupes (acupression et contrôle) concernant les niveaux de douleur, les auteurs ont veillé à les faire évaluer à l'aide de l'analyse de variance pour mesures répétées (Sigma Stat Repeated Measure ANOVA). La valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative. Ces informations sont décrites dans le chapitre Data analysis (page 170).
Résultats			
Flux des participants (un diagramme est fortement conseillé)	13a	Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assignés par tirage au sort, qui ont reçu le traitement qui leur était destiné, et qui ont été analysés pour le critère de jugement principal?	Les auteurs n'ont pas fait de diagramme de Flow. Nous n'avons pas connaissance du flux des participantes. Il est précisé dans le chapitre Limitations (page 174) que 24 femmes ont été exclues.

	13b	Pour chaque groupe, abandons et exclusions après la randomisation, en donner les raisons?	Les auteurs spécifient que 24 femmes ont été exclues de l'étude pour les raisons suivantes : 17 ont accouché par césarienne, 2 ont développé une détresse foetale, 4 ont voulu se retirer de l'étude et 1 a reçu un analgésique narcotique. Nous ne savons pas dans quel groupe se trouvait les personnes exclues. Ces informations sont développées dans le chapitre Limitations (page 174).
Recrutement	14a	Dates définissant les périodes de recrutement et de suivi?	Les auteurs indiquent que l'étude a duré du du 01 juin au 30 septembre 2012. Ces éléments sont spécifiés dans le chapitre Design, settings, and participants (page 168).
	14b	Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu (si interrompu)?	Il n'y a pas eu d'interruption de l'étude.
Données initiales	15	Une table décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe est-elle présente?	Oui, les auteurs ont fait une table 1 pour transmettre les données des deux groupes. Ils précisent qu'il n'y avait pas de corrélation entre l'âge, le niveau d'éducation, les problèmes pendant la grossesse, la dysménorrhée avant la grossesse, le lieu de naissance, l'administration de médicaments pendant le travail et les scores de perception de la douleur pendant le travail des femmes enceintes (EVA). Ces éléments se trouvent dans le chapitre Results (page 172).
Effectifs analysés	16	Nombre de participants (dénominateur) inclus dans chaque analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine?	Les auteurs ont sélectionné 44 participantes par groupe (2x). Il a été précisé par la suite qu'il y a eu 24 exclusions en cours de recherche qui ont été remplacé. Il n'y a pas eu de changement précisé au moment de l'analyse. Nous n'avons pas plus de connaissances sur le moment, le groupe qui a été touché. Ces éléments peuvent être constatés dans le chapitre Limitations (page 174).

<p>Critères de jugement et estimations</p>	<p>17a</p>	<p>Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision (comme par ex. : intervalle de confiance à 95 %)</p>	<p>Pour le critère de jugement de la gestion de la douleur, les auteurs ressortent une différence significative dans le soulagement de la douleur pour groupe d'intervention. Au total, 68,2 % des mères du groupe d'étude et 81,8 % des mères du groupe témoin ont déclaré que la douleur était « insupportable », alors que 15,9 % des mères des deux groupes ont déclaré qu'elle était « plus facile/moins forte que prévu ». 46,6 % des mères ont estimé que « c'était bien d'avoir d'autres personnes dans la pièce ». Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les groupes ($P > 0,05$). Ces résultats sont décrits dans le chapitre Results (page 171). Les auteurs ajoutent dans le chapitre Discussion (page 173), qu'après la première application d'acupression sur les groupes d'étude et de contrôle, il y a eu une différence statistiquement significative entre leurs scores VAS ; les scores du groupe d'étude ont diminué. Après la deuxième application d'acupression, bien qu'il y ait eu une différence statistiquement significative entre les deux groupes en termes de scores VAS, les scores du groupe d'étude n'ont pas diminué. Ces résultats sont décrits dans le chapitre Results (page 171). Pour les critères de jugement secondaire, les auteurs indiquent pour la durée du travail, il a été constaté que la dilatation cervicale des femmes était similaire à leur arrivée à l'hôpital (groupe d'étude = $3,38 \pm 0,86$, groupe de contrôle = $3,22 \pm 1,09$). Cependant, le pourcentage moyen d'effacement du col après la première application d'acupressure était de $69,54 \pm 5,26$ pour le groupe d'étude et de $66,59 \pm 6,44$ pour le groupe témoin, ce qui était statistiquement différent ($P = .021$). Finalement, pour la satisfaction maternelle, les auteurs précisent que 97,3% des mères étaient satisfaites de l'application de l'acupression dans la période post-accouchement, tandis que 43,2 % d'entre elles ont trouvé l'application « partiellement suffisante ». Ces résultats sont décrits dans le chapitre Results (page 171).</p>
--	------------	--	--

	17b	Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives?	Oui, des variables binaires sont présentes pour la situation professionnelle, le status économique et les antécédents de dysménorrhée. Les valeurs absolues sont données dans la table 1 (page 171).
--	-----	---	--

Analyses accessoires	18	<p>Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée, en incluant les analyses en sous-groupes et les analyses ajustées, et en distinguant les analyses spécifiées a priori des analyses exploratoires?</p>	<p>Les auteurs expliquent différents résultats d'analyses supplémentaires faites comme pour les caractéristiques obstétricales des mères, les deux groupes présentaient des similitudes dans certaines caractéristiques, telles que le nombre de grossesses, le taux de fausses couches/d'avortements et les intervalles de travail moyens. L'âge moyen de la première grossesse était de $21,11 \pm 3,83$ ans ($P > 0,05$). Au total, 87,5 % des femmes enceintes se sentaient prêtes ou partiellement prêtes, 54,5 % ont déclaré que la décision sur le type de travail était prise par l'obstétricien, tandis que 35,2 % souhaitaient une césarienne et 37,5 % ont déclaré avoir peur de la douleur et/ou des points de suture. Les résultats ont montré que 62,5 % des femmes enceintes du groupe d'étude et du groupe témoin ne savaient pas comment faire face aux douleurs de l'accouchement, et que 28,4 % de celles qui savaient comment y faire face ne connaissaient que les exercices de respiration. Les auteurs ajoutent aussi que toutes les participantes ont eu faim pendant la première phase de l'accouchement, 92,0 % ont reçu un lavement, 76,1 % ont été induites (5 UI d'ocytocine dans 500 ml) et 46,6 % ont été exposées à une amniotomie. Ils ont aussi observé les comportements des femmes enceintes pendant le travail et ont noté que le groupe de contrôle présentait plus de « gêne/changements dans les expressions faciales », « serrer les mains ou mordre les lèvres », « grogner/grommeler », « nausées/vomissements », « gêner l'examen », « pleurer fort/crier » et « comportements visant à se faire du mal » que le groupe d'étude. Au contraire, le groupe d'étude avait plus de comportements de « pleurs silencieux » et de « rester au repos/éviter le contact ». Ces différences entre les deux groupes étaient statistiquement significatives ($P < 0,05$). Finalement lors de la période post-accouchement, 25,0 % des mères du groupe d'étude et 45,5 % des mères du groupe de contrôle ont souffert de douleurs persistantes, ce qui est statistiquement significatif ($P = 0,04$). Ces éléments sont donnés dans le chapitre Results (page 171-172).</p>
----------------------	----	--	---

Risques	19	Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe sont-ils présentés?	Non, les auteurs n'ont pas présenté les risques, effets secondaires possibles au travers de l'étude.
Discussion			
Limitations	20	Les limitations de l'essai, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision, et au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyse sont indiquées?	Les auteurs font ressortir les limites du fait qu'un seul point d'acupuncture a été étudié par groupe et que l'échantillon est de petite taille. Aussi, ils précisent qu'au vu des exclusions faites, il a été nécessaire de les remplacer ce qui a augmenté la durée de l'étude. Ces éléments sont donnés dans le chapitre Limitations (page 174).
Généralisabilité	21	"Généralisabilité" (validité externe, applicabilité) des résultats de l'essai?	Non, les auteurs n'évoquent pas la notion de généralisabilité de leur résultat. Nous nous pouvons dire que leurs résultats ne peuvent pas être totalement généralisables car les protocoles sont différents des nôtres (amniotomie fréquente, lavement, stimulation par ocytocine, etc.). Aussi, ces résultats se limitent à une population spécifique et ils ne sont pas applicables aux grossesses pathologiques ou autre complexité. Par contre l'intervention proposée est facilement applicable par les soignants et pourrait être mise en place dans les pratiques.
Interprétation	22	Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte du ratio bénéfices/risques et de possibles autres faits pertinents	Oui, les auteurs comparent/se réfèrent à d'autres résultats d'études précédentes qui apportent les mêmes résultats. Aussi, ils ajoutent d'autres résultats probants par rapport aux pratiques en place (amniotomie, lavement, etc.) afin de recontextualisé les différents protocoles. Le ratio bénéfices/risques n'est pas abordé par les auteurs. Ces éléments sont présentés dans le chapitre Discussion (page 173).
Autre information			
Enregistrement	23	Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé?	Aucun numéro d'enregistrement n'est donné.

Protocole	24	Le protocole complet de l'essai peut-il être consulté?	Non, en l'absence de numéro d'enregistrement, nous ne pouvons pas consulter le protocole de l'étude.
Financement	25	Sources de financement et autres ressources (par ex. : fourniture de médicaments), rôle des donateurs?	Non, les auteurs n'ont pas indiqué de sources de financement.

Grille CONSORT article 4 (Torkiyan et al., 2021)

Référence de l'article (Norme APA 7) : Torkiyan, H., Sedigh Mobarakabadi, S., Heshmat, R., Khajavi, A., & Ozgoli, G. (2021). The effect of GB21 acupressure on pain intensity in the first stage of labor in primiparous women : A randomized controlled trial. <i>Complementary Therapies in Medicine</i> , 58, 102683. https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102683			
Traduction française originale de la liste de contrôle CONSORT			
Item	N°	Recommandation	Justification
Titre et résumé	1a	Identification en tant qu' "essai randomisé" dans le titre ?	oui, p.1
	1b	Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusions ?	oui, résumé complet p.1
Introduction			
Contexte / justification	2a	Le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question sont-ils expliqués ?	oui, dans l'introduction p.1-2
Objectifs	2b	Les objectifs spécifiques de l'étude sont-ils clairement énoncés ?	oui, investigation de l'effet du point d'acupressure GB21 pour soulager la douleur pendant le travail d'accouchement (p.2)
		Les auteurs énoncent-ils également des hypothèses ?	aucune hypothèse n'est clairement formulée dans cet article
Méthodes			
Plan de l'essai	3a	Description du plan de l'essai (tel que : groupes parallèles, plan factoriel) en incluant les ratios d'allocation ?	oui, 3 groupes parallèles, 1 groupe intervention avec acupressure sur point GB21, 1 groupe simulé avec pression sur un point à côté qui ne correspond à aucun point en acupressure, 1 groupe de contrôle sans intervention particulière (p.2)
	3b	Changements importants de méthode après le début de l'essai (tel que les critères d'éligibilité), en expliquer la raison ?	non, il n'y a pas de changement dans la méthode durant l'étude

Participants	4a	Critères d'éligibilité des participants?	Oui. Critères inclusion : OP, 18-35 ans, 37-41 SA, singleton, envie d'utiliser des interventions pour soulager la dls, en phase précoce de travail, position longitudinale, pas d'ATCD de maladie psychiatrique ni anatomique, pas de maladie chronique, grossesse à faible risque. / Critères exclusion : réticence à participer à l'étude, césarienne en urgence. (p.2)
	4b	Les structures et lieux de recueil des données sont-ils précisés?	Oui. Shahid Mofatteh Hospital in Varamin City, Iran entre mars 2018 et août 2018 (p.2)
Interventions	5	Interventions pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour pouvoir reproduire l'étude, en incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites?	oui. Intervention : à 3-5, 6-7 et 8-10 cm, appui sur le point GB 21 pendant toute la contraction et pendant toutes les contractions pendant 20min. / Sham : pression sur le point sham à côté du point GB 21 où il n'existe pas de point d'acupression de la même manière que dans le groupe d'intervention / contrôle : soins basiques de la maternité (p.2-3)
Critères de jugement	6a	Critères "a priori" de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand ils ont été évalués ?	Oui. Principal : intensité de la dls -> EN avant et après l'intervention / Secondaire : medication (nom, dosage, heure et moyen d'administration), césarienne (raisons), score Apgar (1 + 5 min) et la satisfaction maternelle (chiffré + si recommande pour une autre fois ou à une autre femme) (p.3)
	6b	Changement quelconque de critères de jugement après le début de l'essai, en expliquer la raison?	non, il n'y a pas de changement dans les critères de jugement au cours de l'étude
Taille de l'échantillon	7a	Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ?	Une formule a été utilisée pour déterminer la taille de l'échantillon (58 participants minimum par groupe), détails en p.2
	7b	Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt ?	Pas d'analyse intermédiaire
Randomisation			

Production de la séquence	8a	La méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation est-elle précisée?	Oui. Avec le logiciel d'allocation randomisée pour un essai clinique (p.2-3)
	8b	Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction (comme par ex. : par blocs, avec la taille des blocs)?	Randomisation simple, 1 femme après l'autre (p.2)
Mécanisme d'assignation secrète	9	Mécanisme utilisé pour mettre en oeuvre la séquence d'allocation randomisée (comme par exemple : l'utilisation d'enveloppes numérotées séquentiellement), en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions?	Nombre assigné de manière aléatoire en tirant au sort des enveloppes. Nombre tiré correspond à une intervention dans l'ordre de l'inclusion à l'étude (p.2)
Mise en œuvre	10	Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leurs groupes?	simple aveugle de la femme dans les 2 groupes d'intervention et le groupe simulé. Le chercheur sait l'intervention qu'il doit faire mais ce n'est pas lui qui assigne les femmes au groupe (p.2)
Aveugle	11a	Au cas où, décrire qui a été en aveugle après l'assignation des interventions (par exemple, les participants, les administrateurs de traitement, ceux qui évaluent les résultats) et comment ont-ils été empêchés de savoir?	la femme a été en aveugle entre le groupe d'intervention et le groupe simulé car des points ont été appuyés à des endroits différents mais pas dans le groupe de contrôle car aucune intervention n'a été faite dans le groupe d'intervention (p.2-3)
	11b	Si approprié, description de la similitude des interventions ?	point GB 21 ou point simulé (correspond à aucun point d'acupression) ou pas d'intervention (p.2-3)
Méthodes statistiques	12a	Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaires?	analyse avec SPSS v.21 pour comparer le niveau de dls de chaque groupe. Test Wilcoxon non-parametric a été utilisé pour comparer les changements de dls avant et après l'intervention. (p.3)

	12b	Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sousgroupes ou des analyses ajustées	Test Kruskal-Wallis pour évaluer les soulagements de la dls dans les 3 groupes. Test Mann-Whitney pour comparer les groupes (p.3)
Résultats			
Flux des participants (un diagramme est fortement conseillé)	13a	Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assignés par tirage au sort, qui ont reçu le traitement qui leur était destiné, et qui ont été analysés pour le critère de jugement principal?	59, 60 et 62 femmes ont été assignées à chaque groupe (figure 4, p.4)
	13b	Pour chaque groupe, abandons et exclusions après la randomisation, en donner les raisons?	1 abandon car refuse de continuer l'étude, 1 CS dans le groupe d'intervention, 2 CS dans le groupe simulé et 3 CS dans le groupe de contrôle (figure 4, p.4)
Recrutement	14a	Dates définissant les périodes de recrutement et de suivi?	mars 2018 à août 2018, p.2
	14b	Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu (si interrompu)?	pris fin car atteint le quota cherché, p.2
Données initiales	15	Une table décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe est-elle présente?	Oui. Les âges sont similaires (env 22 ans), éducation minimum ou moyenne, occupation principale de mère au foyer, 3% ont eu recours à de l'ocytocine pendant le travail (tableau1, p.4)
Effectifs analysés	16	Nombre de participants (dénominateur) inclus dans chaque analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine?	58 dans chaque groupe au final après les quelques CS ou abandon (figure 4, p.4)

Critères de jugement et estimations	17a	Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision (comme par ex. : intervalle de confiance à 95 %)	Principal : EN entre GB21 et groupe contrôle (p=0.001), entre simulé et groupe contrôle (p=0.001), entre GB21 et groupe simulé (p=0.001) -> différence significative, GB21 permet de diminuer la dls ++ mais autre point aussi mais moins que GB 21 à 4-5cm. Mêmes résultats pour 6-7cm et 8-10cm. Groupe simulé significatif mais moins que GB21 à 8-10cm. / Secondaires : satisfaction stat sign (p=0.001) entre les 3 groupes. Pas de différence pour l'Apgar ni pour les autres interventions (p.3 + tableau 2, p.5)
	17b	Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives?	Pas de variables binaires dans cet article
Analyses accessoires	18	Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée, en incluant les analyses en sous-groupes et les analyses ajustées, et en distinguant les analyses spécifiées a priori des analyses exploratoires?	Pas d'analyses ajoutées
Risques	19	Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe sont-ils présentés?	Pas d'effets secondaires (p.3)
Discussion			
Limitations	20	Les limitations de l'essai, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision, et au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyse sont indiquées?	le fait que l'épaule de la femme n'est pas toujours accessible et parfois le point GB21 a été effectué que d'un côté, effet du groupe simulé dû à l'effet placebo ou autre point inconnu ou trop proche donc aurait quand même eu de l'effet (p.3-4-5)

Généralisabilité	21	"Généralisabilité" (validité externe, applicabilité) des résultats de l'essai?	Pas spécifié par l'auteur, femmes d'un seul hôpital donc ne peut pas être applicable à toutes les femmes d'office. Population relativement jeune par rapport à la population Suisse, le niveau scolaire est bien respecté. Une majorité de mère au foyer (90%) dans chaque groupe ne correspond pas à la population Suisse. Les protocoles liés à l'ocytocine ne sont également pas les mêmes en Turquie qu'en Suisse (p.3-4-5 + interprétation personnelle)
Interprétation	22	Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte du ratio bénéfiques/risques et de possibles autres faits pertinents	En conclusion, l'acupressure du point GB21 est très intéressante car elle permet de soulager la douleur des femmes sans avoir d'effets négatifs ou secondaires autant sur les femmes que sur les fœtus. De plus, même si le point n'est pas très précis, cette méthode permet de bien soulager les douleurs --> sécuritaire et efficace. Des études supplémentaires sont nécessaires pour savoir si un point est suffisant serait suffisant (p.5)
Autre information			
Enregistrement	23	Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé?	IRCT20100503003860N34 (p.2)
Protocole	24	Le protocole complet de l'essai peut-il être consulté?	Non, nous ne l'avons pas trouvé
Financement	25	Sources de financement et autres ressources (par ex. : fourniture de médicaments), rôle des donateurs?	Pas de source de financement nommé

Grille CONSORT article 5 (Türkmen et al., 2024)

Référence de l'article (Norme APA 7) : Türkmen, H., Çetinkaya, S., Kiliç, H., Tuna, S. D., Şirvanci, M., & Mutlu, H. (2024). The Effect of Ice Massage Applied to the SP6 Point on Labor Pain, Labor Comfort, Labor Duration, and Anxiety : A Randomized Clinical Trial. <i>Journal of Midwifery & Women's Health</i> , 69(4), 491-498. https://doi.org/10.1111/jmwh.13600			
Traduction française originale de la liste de contrôle CONSORT			
Item	N°	Recommandation	Justification
Titre et résumé	1a	Identification en tant qu' "essai randomisé" dans le titre ?	Oui (p. 1)
	1b	Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusions ?	Partiellement, le résumé est structuré mais les sous-titres ne sont pas clairement séparés (p.1)
Introduction			
Contexte / justification	2a	Le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question sont-ils expliqués ?	Oui, présent dans l'introduction (p. 1)
Objectifs	2b	Les objectifs spécifiques de l'étude sont-ils clairement énoncés?	Oui, évaluer les effets du massage par le froid sur le point SP6 sur la douleur, le confort, la durée du travail et l'anxiété (p. 1 et 3)
		Les auteurs énoncent-ils également des hypothèses ?	Non, il n'y a pas d'hypothèses énoncées par les auteurs.
Méthodes			
Plan de l'essai	3a	Description du plan de l'essai (tel que : groupes parallèles, plan factoriel) en incluant les ratios d'allocation ?	Oui, les auteurs décrivent 2 groupes parallèles, un groupe intervention et un groupe témoin (p. 4)
	3b	Changements importants de méthode après le début de l'essai (tel que les critères d'éligibilité), en expliquer la raison ?	Non, aucune information n'est mentionnée concernant des modifications.

Participants	4a	Critères d'éligibilité des participants?	Critères d'inclusion : grossesse unique, fœtus en bonne santé, âge gestationnel entre 38 et 40 semaines, naissance prévue par voie basse, présentation céphalique, être à la première phase de travail, et dilatation à 4 et 5 cm. Critères d'exclusion : multiparité, grossesse multiple, grossesse à haut risque, arrivée à l'hôpital à plus de 5 cm de dilatation, complications obstétricales en cours (p. 2)
	4b	Les structures et lieux de recueil des données sont-ils précisés?	Oui, dans l'hôpital de la ville d'Atatürk situé dans la province de Ba-likes en Turquie. Le contexte de suivi et de soins est expliqué (p. 2)
Interventions	5	Interventions pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour pouvoir reproduire l'étude, en incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites?	Oui. Groupe intervention : massage avec un glaçon sur le point d'acupression SP6 effectué lors de 3 contractions à plusieurs stade de dilatation (4-5 cm, 6-7 cm, 8-9 cm). Le glaçon est enveloppé dans une gaze pour éviter un contact direct avec la peau. Groupe contrôle : soins obstétricaux standards. Les deux groupes ont reçu de l'ocytocine selon un protocole standard. (p. 5)
Critères de jugement	6a	Critères "a priori" de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand ils ont été évalués ?	Critère principal : douleur pendant le travail (EVA), durée du travail, anxiété (STAI-State). Critères secondaires : confort (CCQ) (p.3)
	6b	Changement quelconque de critères de jugement après le début de l'essai, en expliquer la raison?	Non, aucun changement n'est signalé
Taille de l'échantillon	7a	Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ?	Utilisation du logiciel G*Power 3 software (p. 2)
	7b	Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt ?	Non, cela n'est pas applicable dans cette étude.
Randomisation			

Production de la séquence	8a	La méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation est-elle précisée?	Séquence de randomisation générée sur le site random.org (p. 2)
	8b	Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction (comme par ex. : par blocs, avec la taille des blocs)?	Les auteurs ont effectué une randomisation simple par un site de randomisation. Aucune information supplémentaire n'est donnée. (p.2)
Mécanisme d'assignation secrète	9	Mécanisme utilisé pour mettre en oeuvre la séquence d'allocation randomisée (comme par exemple : l'utilisation d'enveloppes numérotées séquentiellement), en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions?	Les auteurs n'ont pas détaillé leur méthode de randomisation dans l'article.
Mise en œuvre	10	Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leurs groupes?	Les auteurs ne mentionnent ni qui a généré la séquence, ni qui a inclus les participantes ou procédé à l'attribution des groupes. Par contre, ils spécifient que c'est une sage-femme de recherche qui a expliqué et récolté les consentements des participantes alors que c'est une sage-femme clinicienne qui a donné l'intervention (p.3)
Aveugle	11a	Au cas où, décrire qui a été en aveugle après l'assignation des interventions (par exemple, les participants, les administrateurs de traitement, ceux qui évaluent les résultats) et comment ont-ils été empêchés de savoir?	Les auteurs indiquent que l'étude est en simple aveugle mais sans donner plus de précisions (p. 1)
	11b	Si approprié, description de la similitude des interventions ?	Non, cela n'est pas approprié dans cette étude.

Méthodes statistiques	12a	Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaires?	Test U de Mann-Whitney pour comparer douleur, confort et anxiété entre groupes. Test de Friedman pour les comparaisons intra-groupes. Test de Wilcoxon a été utilisé pour définir les différences significatives des niveaux de douleurs lors des phases de dilatation. Le T-test a été fait pour comparer la durée du travail (p. 3)
	12b	Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sousgroupes ou des analyses ajustées	Oui, corrélation de Spaerman pour évaluer le lien entre le niveau d'anxiété et le niveau de confort (p. 3)
Résultats			
Flux des participants (un diagramme est fortement conseillé)	13a	Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assignés par tirage au sort, qui ont reçu le traitement qui leur était destiné, et qui ont été analysés pour le critère de jugement principal?	Oui, l'étude a recruté 100 femmes qui ont été réparties en deux groupes de 50 femmes chacun. Flowchart présent (Figure 1), (p. 4)
	13b	Pour chaque groupe, abandons et exclusions après la randomisation, en donner les raisons?	Les auteurs n'ont pas indiqué d'abandon ou d'exclusion lors de leur étude (p. 4)
Recrutement	14a	Dates définissant les périodes de recrutement et de suivi?	L'étude s'est déroulée entre décembre 2021 et juillet 2022 (p. 2)
	14b	Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu (si interrompu)?	Il n'y a pas eu d'interruption de l'étude.
Données initiales	15	Une table décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe est-elle présente?	Oui, les caractéristiques sont dans la table 1 (p.5)
Effectifs analysés	16	Nombre de participants (dénominateur) inclus dans chaque analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine?	Les auteurs ont sélectionné 50 participantes dans chaque groupe qui ont été analysées jusqu'à la fin (p.4)

Critères de jugement et estimations	17a	Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision (comme par ex. : intervalle de confiance à 95 %)	Douleur : la moyenne des scores d'EVA sont significativement diminué par rapport au groupe de contrôle pendant la phase de latence ($p = 0,001$). Durée du travail : pas de différence significative sur la durée du travail ($p=0,805$). Confort : pas de différence significative sur le confort pendant le travail ($p=0.438$). Anxiété : pas de différence significative ($p > 0,05$). (p. 3-4)
	17b	Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives?	Oui, des variables binaires sont présentes pour le statut professionnel, les antécédents de dysménorrhée et la peur de l'accouchement. Les valeurs absolues sont données dans la table 1 (p. 5).
Analyses accessoires	18	Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée, en incluant les analyses en sous-groupes et les analyses ajustées, et en distinguant les analyses spécifiées a priori des analyses exploratoires?	Oui, analyse de corrélation entre le score d'anxiété et le niveau de confort. Résultat : corrélation négative significative dans les deux groupes ; $p = 0,006$ dans le groupe intervention et $p < 0,001$ dans le groupe témoin. (p. 4)
Risques	19	Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe sont-ils présentés?	Les auteurs précisent qu'aucun effet indésirable n'a été observé dans le groupe intervention. (p. 3-7)
Discussion			
Limitations	20	Les limitations de l'essai, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision, et au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyse sont indiquées?	Selon les auteurs les limites de leur étude sont que l'étude a été réalisée dans un seul hôpital ce qui limite la généralisabilité. Les protocoles/soins prodigués dans cet hôpital sont différents par rapport aux autres pays. L'incapacité de masquer l'affectation des groupes aux sages-femmes. Pas de mesure de l'anxiété avant l'intervention, aveuglement incomplet. (p. 7)

Généralisabilité	21	"Généralisabilité" (validité externe, applicabilité) des résultats de l'essai?	Les auteurs citent que l'étude n'est pas généralisable, car les soins/protocoles mis en place ne correspondent pas forcément aux prises en charge d'autres pays. Par exemple, ils citent, l'utilisation d'office de l'ocytocine durant le travail, l'accompagnement en one-to-one, l'utilisation limitée des moyens antalgiques pharmacologique, le faible taux de césarienne (p.7)
Interprétation	22	Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte du ratio bénéfices/risques et de possibles autres faits pertinents	Les interprétations sont cohérentes avec les résultats trouvés. Les auteurs utilisent d'autres études pour appuyer leurs résultats. L'application de froid sur le point SP6 s'est montré efficace dans la diminution de la douleur, donc il peut être considéré comme une option supplémentaire pour les sages-femmes. Il n'y a pas d'effets indésirables, il s'agit donc d'une méthode sûre, efficace et simple. (p.7)
Autre information			
Enregistrement	23	Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé?	Registre : ClinicalTrials.gov , numéro d'enregistrement : NCT05676879 (p.3)
Protocole	24	Le protocole complet de l'essai peut-il être consulté?	Oui, il est possible de trouver le protocole sur le site https://www.clinicaltrials.gov/
Financement	25	Sources de financement et autres ressources (par ex. : fourniture de médicaments), rôle des donateurs?	Pas de notion de financement donné par les auteurs. Par contre, ils spécifient : "Les auteurs ont aucun conflit d'intérêts à divulger" (p.7).

Grille CONSORT article 6 (Şanlı & Güngör Satılmış, 2023)

Référence de l'article (Norme APA 7) : Şanlı, Y., & Güngör Satılmış, İ. (2023). Effect of Foot Massage on Labor Pain in Parturient Women. <i>Alternative Therapies in Health and Medicine</i> , 29(2), 82-88.			
Traduction française originale de la liste de contrôle CONSORT			
Item	N°	Recommandation	Justification
Titre et résumé	1a	Identification en tant qu' "essai randomisé" dans le titre ?	non
	1b	Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusions ?	oui, résumé complet (p.1)
Introduction			
Contexte / justification	2a	Le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question sont-ils expliqués ?	oui, cherche des méthodes non pharmaco car facile d'application, peu de coûts et peu d'effets secondaires. massage peu étudié mais en théorie très intéressant (p.1-2)
Objectifs	2b	Les objectifs spécifiques de l'étude sont-ils clairement énoncés ?	oui, études avec meilleur niveau d'évidence pour savoir si cette méthode est efficace ou non (p.2)
		Les auteurs énoncent-ils également des hypothèses ?	oui --> permettrait à la mère d'atteindre un certain niveau de relaxation et d'avoir une naissance confortable et peut-être même d'optimiser la gestion de la dls en PP (p.2)
Méthodes			
Plan de l'essai	3a	Description du plan de l'essai (tel que : groupes parallèles, plan factoriel) en incluant les ratios d'allocation ?	2 groupes parallèles, donne un nombre en fonction de l'arrivée dans la maternité, nombre mis au sort dans un logiciel qui donne si dans groupe intervention ou groupe contrôle (p.2)
	3b	Changements importants de méthode après le début de l'essai (tel que les critères d'éligibilité), en expliquer la raison ?	non, il n'y a pas de changement dans la méthode durant l'étude

Participants	4a	Critères d'éligibilité des participants?	inclusion : >18 ans, OP, 37-40 SA, phase latence, pas de narcose ou de sédatif, pas d'oedèmes, pas de varices, pas de plaies ni de lésions ni de masses ni de problème de pieds, pas de maladies chroniques, pas de grossesse multiple ou à risque, grossesse spontanée, pas de malformation foetale ni de RCIU, pas de malformation physique maternelle, pas de problème psychologique et envie de participer à l'étude / exclusion : massage impossible à terminer, CS ou analgésie pendant le travail (p.2)
	4b	Les structures et lieux de recueil des données sont-ils précisés?	sait que se fait un hôpital public au nord-ouest de la turquie, naissance assistée par des SF mais pas très détaillé
Interventions	5	Interventions pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour pouvoir reproduire l'étude, en incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites?	partiellement, les étapes du massage sont peu décrites dans le texte mais il y a tout de même un schéma avec le massage et son application ainsi que sa durée. cela n'est pas assez précis pour pouvoir reproduire ce massage à l'identique
Critères de jugement	6a	Critères "a priori" de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand ils ont été évalués ?	il y a une liste avec les critères de jugements mais cela n'est pas clairement défini quel est le critère de jugement principal ni les secondaires. On peut déduire avec le texte et les tableaux que le critère de jugement principal est l'EVA. Les critères secondaires sont les informations de la grossesse, un extrait du dossier médical, échelle Labor Agency et une évaluation du massage (p.3-4-5)
	6b	Changement quelconque de critères de jugement après le début de l'essai, en expliquer la raison?	non, il n'y a pas de changement dans les critères de jugement au cours de l'étude
Taille de l'échantillon	7a	Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ?	en utilisant le G*Power 3.1.9.2 software (p.2)

	7b	Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt ?	non, cela n'est pas applicable dans cette étude
Randomisation			
Production de la séquence	8a	La méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation est-elle précisée?	oui, précisée à la p.2
	8b	Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction (comme par ex. : par blocs, avec la taille des blocs)?	utilisation de la Random Sequence Generator avec des chiffres de 1 à 80 (p.2)
Mécanisme d'assignation secrète	9	Mécanisme utilisé pour mettre en oeuvre la séquence d'allocation randomisée (comme par exemple : l'utilisation d'enveloppes numérotées séquentiellement), en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions?	chaque nouvelle participante se voyait attribuer un chiffre en fonction de l'ordre d'arrivée et son chiffre déterminait dans quel groupe elle se trouvait -> les femmes ne savent les combienèmes elles sont et les chiffres sont aléatoirement distribués entre le groupe intervention et groupe controle (p.2)
Mise en oeuvre	10	Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leurs groupes?	séquence allocation : un ordinateur / enrôlé participants : les chercheurs / assigné au groupe : en fonction de l'arrivée dans le service (p.2)
Aveugle	11a	Au cas où, décrire qui a été en aveugle après l'assignation des interventions (par exemple, les participants, les administrateurs de traitement, ceux qui évaluent les résultats) et comment ont-ils été empêchés de savoir?	il n'y a pas d'aveugle dans cette étude car les chercheurs et les femmes savent dans quel groupe elles sont en faisant une simple déduction -> est-ce qu'on me masse ou pas ?
	11b	Si approprié, description de la similitude des interventions ?	non, pas applicable dans cette étude

Méthodes statistiques	12a	Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaires?	IBM® Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 21.0, Chi-squared test et independant groupe t test. $p < 0,05$ pour être significatif (p.4)
	12b	Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sousgroupes ou des analyses ajustées	méthodes pas décrites dans l'étude
Résultats			
Flux des participants (un diagramme est fortement conseillé)	13a	Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assignés par tirage au sort, qui ont reçu le traitement qui leur était destiné, et qui ont été analysés pour le critère de jugement principal?	91 participantes souhaitaient participer à l'étude et rentraient dans les critères d'inclusion et ont donc été randomisée. 45 dans le groupe d'expérience et 46 dans le groupe de contrôle. Après plusieurs pertes pour CS ou analgésie ou autre soucis, 40 femmes ont fini l'étude dans chaque groupe (p.3)
	13b	Pour chaque groupe, abandons et exclusions après la randomisation, en donner les raisons?	Les abandons et exclusions sont bien expliquées dans un diagramme de flow (p.3)
Recrutement	14a	Dates définissant les périodes de recrutement et de suivi?	oui, décembre 2016 à mai 2017 (p.2)
	14b	Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu (si interrompu)?	pris fin lorsque l'échantillon souhaité a pu être atteint (devait 33 par groupe et souhait des chercheurs d'en avoir 40 par groupe) (p.2)
Données initiales	15	Une table décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe est-elle présente?	oui, table présente p.5
Effectifs analysés	16	Nombre de participants (dénominateur) inclus dans chaque analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine?	oui, analyse avec le groupe final et non pas avec le groupe d'origine (p.5)

Critères de jugement et estimations	17a	Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision (comme par ex. : intervalle de confiance à 95 %)	EVA pas différente entre le groupe de contrôle et le groupe d'intervention avant l'intervention. Après l'intervention, $p < 0.05$ donc massage a une influence significative sur la douleur pendant le travail à tous les stades du travail. Pas de différence sur la durée du travail durant la première phase du travail mais une diminution de la durée significative dans la 2e et 3e phase de la dilatation. Augmentation significative des déchirures de 1er et 2e degré dans le groupe de contrôle. Augmentation significative du poids des protections hygiéniques dans le groupe de contrôle. Les femmes ont donné un retour très positif du massage et la plupart le recommanderais (p.4-5-6)
	17b	Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives?	Que des valeurs absolues, pas de valeurs relatives
Analyses accessoires	18	Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée, en incluant les analyses en sous-groupes et les analyses ajustées, et en distinguant les analyses spécifiées a priori des analyses exploratoires?	pas d'analyse supplémentaire effectuée
Risques	19	Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe sont-ils présentés?	pas d'effets secondaires (p.7)
Discussion			

Limitations	20	Les limitations de l'essai, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision, et au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyse sont indiquées?	autres facteurs qui peuvent influencer la douleur tel que le psy de le femme ne sont pas évalués, résultats via des évaluation des patientes elle-même et d'autres facteurs externe peuvent les influencer, facteurs environnementaux très similaires mais pas forcément applicable à d'autres maternités (p.7)
Généralisabilité	21	"Généralisabilité" (validité externe, applicabilité) des résultats de l'essai?	doit être testé dans d'autres groupes avant d'être généralisé (p.7)
Interprétation	22	Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte du ratio bénéfices/risques et de possibles autres faits pertinents	oui, conclusions cohérentes
Autre information			
Enregistrement	23	Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé?	Pas de numéro d'enregistrement
Protocole	24	Le protocole complet de l'essai peut-il être consulté?	Non, nous l'avons trouvé nulle part
Financement	25	Sources de financement et autres ressources (par ex. : fourniture de médicaments), rôle des donateurs?	Pas de sources de financement nommé

Grille CONSORT article 7 (Öztaş et al., 2023)

Référence de l'article (Norme APA 7) : Öztaş, H. G., Gökbulut, N., & Akça, E. İ. (2023). The Effects of Sacral Massage and Music Therapy Applied to Primiparous Women in Labor on Labor Pain, Postpartum Comfort, and Posttraumatic Growth : A Randomized Controlled Trial. <i>International Journal of Traditional and Complementary Medicine Research</i> , 4(2), Article 2. https://doi.org/10.53811/ijtcmr.1313782			
Traduction française originale de la liste de contrôle CONSORT			
Item	N°	Recommandation	Justification
Titre et résumé	1a	Identification en tant qu' "essai randomisé" dans le titre ?	oui, p.1
	1b	Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusions ?	oui, résumé complet en p.1
Introduction			
Contexte / justification	2a	Le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question sont-ils expliqués ?	oui, les femmes ont besoins de moyens pour soulager les douleurs lors du travail de l'accouchement pour en garder une expérience positive et les méthodes pharmacologiques ont des effets néfastes alors cherche des méthodes non pharmacologiques pour soulager les douleurs sans les effets secondaires. Massage + musique car déjà étudié et efficace donc veut le prouver et les comparer entre eux (p.1-2)
Objectifs	2b	Les objectifs spécifiques de l'étude sont-ils clairement énoncés ?	Oui, l'objectif de cette étude est de déterminer l'effet du massage sacré et de la musicothérapie chez les primipare sur les dls lors du travail de l'accouchement, le confort en post-partum et la croissance post-traumatique (p.2)
		Les auteurs énoncent-ils également des hypothèses ?	Oui, ils affirment que cette étude va contribuer à la pratique des SF en ce qui concerne l'efficacité des méthodes non pharmacologiques (p.2)
Méthodes			
Plan de l'essai	3a	Description du plan de l'essai (tel que : groupes parallèles, plan factoriel) en incluant les ratios d'allocation ?	Oui, il besoin de 3 groupes parallèles dans cette étude du même nombre de participantes (38 dans chaque groupe, p.2)

	3b	Changements importants de méthode après le début de l'essai (tel que les critères d'éligibilité), en expliquer la raison ?	Pas de changement de critères d'éligibilité au cours de cette étude
Participants	4a	Critères d'éligibilité des participants?	Inclusion : femmes primipare, à terme, grossesse unique, volontaires pour participer à l'étude / Exclusion : femmes avant des problèmes d'audition, intégrité cutanée altérée, utilisation d'analgésique/anesthésie pendant le travail ainsi que les femmes ayant une césarienne en urgence (p.2)
	4b	Les structures et lieux de recueil des données sont-ils précisés?	La structure ou a lien l'étude est rapidement décrit ainsi que les lieux (nb salles d'acc + nb SF). Le nom n'est pas nommé et reste donc anonyme (p.2-3)
Interventions	5	Interventions pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour pouvoir reproduire l'étude, en incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites?	Les interventions sont bien décrites dans les détails. Les interventions sont donc facilement reproductible. Le style de musique n'est pas nommé et cela complique la reproductivité de l'intervention. Je pense également qu'un schéma aurait grandement aidé la compréhension du massage (p.3)
Critères de jugement	6a	Critères "a priori" de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand ils ont été évalués ?	Les critères de jugements principal et secondaire ne sont pas clairement décrit dans l'étude. Par contre, nous pouvons déduire les critères principaux et secondaire avec les tableaux d'analyse. Critère principal : EVA / Secondaire : confort PP, croissance post-traumatique (p.7-8)
	6b	Changement quelconque de critères de jugement après le début de l'essai, en expliquer la raison?	Pas de changement des critères de jugement au cours de cette étude
Taille de l'échantillon	7a	Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ?	La taille de l'échantillon a été déterminée avec une marge d'erreur de 5%, intervalle de confiance de 95% et la capacité universelle de représentation de 80% (p.2)

	7b	Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt ?	Pas d'analyse intermédiaire ni d'arrêt
Randomisation			
Production de la séquence	8a	La méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation est-elle précisée?	Oui, générateur de nombres randomisés sur random.org. Un chiffre était donné à chaque femme entre 1 et 3 et était ensuite attribué en tirant au sort le groupe auquel appartenait le chiffre (p.2)
	8b	Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction (comme par ex. : par blocs, avec la taille des blocs)?	Randomisation simple, 1 femme après l'autre (p.2)
Mécanisme d'assignation secrète	9	Mécanisme utilisé pour mettre en oeuvre la séquence d'allocation randomisée (comme par exemple : l'utilisation d'enveloppes numérotées séquentiellement), en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions?	Générateur de nombres randomisés sur random.org. Un chiffre était donné à chaque femme entre 1 et 3 et était ensuite attribué en tirant au sort le groupe auquel appartenait le chiffre (p.2)
Mise en œuvre	10	Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leurs groupes?	Séquence : ordinateur et tirage au sort par chercheurs / enrôlé : les SF de l'unité / chercheur fait l'intervention et les interviews (p.2)
Aveugle	11a	Au cas où, décrire qui a été en aveugle après l'assignation des interventions (par exemple, les participants, les administrateurs de traitement, ceux qui évaluent les résultats) et comment ont-ils été empêchés de savoir?	Il n'y a pas d'aveugle dans cette étude. Une fois le tirage au sort fait, tout le monde sait ce qu'il se passe.

	11b	Si approprié, description de la similitude des interventions ?	Les interventions sont décrites et ne sont pas similaires
Méthodes statistiques	12a	Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaires?	Programme "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS) for Windows 25.0. Le test Kolmogorov Smirnov a été utilisé pour l'analyse normale. Les statistiques descriptives ont été analysées par le chi-square test, le Kruskal Wallis test et le test Wilcoxon. $p < 0.05$ est considéré comme statistiquement significatif (p.3)
	12b	Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sousgroupes ou des analyses ajustées	Test Post-Hoc Tamhane pour des analyses + poussées (p.3)
Résultats			
Flux des participants (un diagramme est fortement conseillé)	13a	Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assignés par tirage au sort, qui ont reçu le traitement qui leur était destiné, et qui ont été analysés pour le critère de jugement principal?	114 femmes ont été séparée entre les 3 groupes (38 par groupe). 5 femmes ont souhaité arrêté l'étude et 4 ont eu une césarienne en urgence. 35 femmes ont fini l'étude et leurs résultats ont été analysés (p.4, figure 1, p.5)
	13b	Pour chaque groupe, abandons et exclusions après la randomisation, en donner les raisons?	5 femmes ont souhaité arrêté l'étude et 4 ont eu une césarienne en urgence (p.4, figure 1, p.5)
Recrutement	14a	Dates définissant les périodes de recrutement et de suivi?	avril à juillet 2022 (p.2)
	14b	Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu (si interrompu)?	L'essai a pris fin à la date prévue
Données initiales	15	Une table décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe est-elle présente?	Oui, présente avec les différente caractéristique de chaque groupe (p.4, tableau 1, p.6)

Effectifs analysés	16	Nombre de participants (dénominateur) inclus dans chaque analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine?	Les analyses ont toutes été effectuées avec les 105 participantes (3x 35) qui ont toutes participé à l'étude jusqu'au bout et rempli tout ce qui était demandé (p.4, figure 1, p.5)
Critères de jugement et estimations	17a	Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision (comme par ex. : intervalle de confiance à 95 %)	Les femmes ont toutes un niveau de douleur similaire avant l'intervention ($p > 0.05$). Après les interventions, les femmes du groupe de massage avait statistiquement diminué leur niveau de douleur ($p = 0.000$), mieux soulagées que le groupe de musique ainsi que le groupe contrôle ($p = 0.000$) / Amélioration dans la phase active (massage < musique) et également dans la phase de transition (massage mieux que musique). Toujours une amélioration de la dls dans tous les groupes après l'intervention. Une même synéctique est observé pour l'échelle de confort ($p < 0.001$) pour le confort physique. Egalement pour le confort psychospirituel ($p < 0.001$) ainsi que pour le confort socioculturel ($p < 0.05$). Amélioration pour les femmes ayant eu le massage plus que pour la musique et le contrôle. Concernant la croissance post-traumatique, amélioration de la relation avec les autres ($p < 0.001$), changement de philosophie de vie ($p < 0.05$), changement de perception de soi ($p < 0.05$). / Le massage est toujours la méthode la plus efficace comparé à la musique et au groupe de contrôle même si la musique aide aussi par rapport au groupe de contrôle. (p.4+7-9, tableau 2, p.7)
	17b	Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives?	Pas de variables binaires dans cet article
Analyses accessoires	18	Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée, en incluant les analyses en sous-groupes et les analyses ajustées, et en	Pas d'analyses ajoutées

		distinguait les analyses spécifiées a priori des analyses exploratoires?	
Risques	19	Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe sont-ils présentés?	Il n'y a pas d'effets secondaires avec ces interventions
Discussion			
Limitations	20	Les limitations de l'essai, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision, et au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyses sont indiquées?	Uniquement réalisé sur des femmes primipares dans un unique hôpital en Turquie. Toutes les femmes incluses ont été admises en phase de latence. Résultats donc limités à cette unique population (p.9-10)
Généralisabilité	21	"Généralisabilité" (validité externe, applicabilité) des résultats de l'essai?	Généralisable à cette population uniquement, peut pas être généralisé à toutes les femmes partout dans le monde (p.9-10)
Interprétation	22	Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte du ratio bénéfices/risques et de possibles autres faits pertinents	Ces méthodes améliorent la gestion de la douleur, le confort postpartum et la santé psychologique sans exposer les patientes à des effets secondaires, et sont facilement intégrables dans les soins obstétricaux standards. Elles constituent donc des options recommandables dans les stratégies de soins en travail, en complément ou alternative aux interventions pharmacologiques, particulièrement pour les primipares (p.9-10)
Autre information			
Enregistrement	23	Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé?	NCT05317052, clinical trials
Protocole	24	Le protocole complet de l'essai peut-il être consulté?	Le protocole complet n'a pas été trouvé
Financement	25	Sources de financement et autres ressources (par ex. : fourniture de médicaments), rôle des donateurs?	Pas de source de financement dans cette étude

Grille CONSORT article 8 (Mammadov & Taş, 2024)

Référence de l'article (Norme APA 7) : Mammadov, B., & Taş, Ç. (2024). The effect of acupressure and massage on labor pain and birth satisfaction : A randomized controlled trial. <i>EXPLORE</i> , 20(5), 103002. https://doi.org/10.1016/j.explore.2024.04.006			
Traduction française originale de la liste de contrôle CONSORT			
Item	N°	Recommandation	Justification
Titre et résumé	1a	Identification en tant qu' "essai randomisé" dans le titre ?	Oui, p.1
	1b	Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusions ?	Oui résumé complet, p. 1
Introduction			
Contexte / justification	2a	Le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question sont-ils expliqués ?	Oui, présent dans l'introduction (p. 1-2)
Objectifs	2b	Les objectifs spécifiques de l'étude sont-ils clairement énoncés?	Oui, déterminer les effets du massage et de l'acupressure pour la gestion de la douleur pendant le travail et sur la satisfaction de l'accouchement, et d'augmenter la satisfaction en réduisant la douleur des femmes enceintes. (p. 2)
		Les auteurs énoncent-ils également des hypothèses ?	Oui, l'application du massage seule est efficace pour réduire le niveau de douleur. L'application de l'acupressure seul est efficace pour réduire le niveau de douleur. Le massage seul est efficace pour augmenter la satisfaction de l'accouchement. L'acupressure seul est efficace pour augmenter la satisfaction de l'accouchement. (p. 2)
Méthodes			
Plan de l'essai	3a	Description du plan de l'essai (tel que : groupes parallèles, plan factoriel) en incluant les ratios d'allocation ?	Oui, plan factoriel pour former 3 groupes parallèles : 2 groupes interventions (massage et acupression) et un groupe contrôle (p. 2 et 4)
	3b	Changements importants de méthode après le début de l'essai (tel que les	Non, pas de modifications.

		critères d'éligibilité), en expliquer la raison ?	
Participants	4a	Critères d'éligibilité des participants?	Dilatation cervicale de 3 cm, primipare hospitalisée à Nicosie, fœtus unique, sain et à terme, position céphalique, naissance spontanée attendue, pas de complications, d'analgésie ou d'anesthésie préalable, être volontaire pour participer à l'étude (p. 2-3)
	4b	Les structures et lieux de recueil des données sont-ils précisés?	Oui, l'étude a été menée à l'hôpital public de Nicosie (p. 2)
Interventions	5	Interventions pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour pouvoir reproduire l'étude, en incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites?	Oui : Massage : 10 minutes de massage sacré avant, pendant et après les contractions, 10 min de massage endorphinique entre les contractions. Appliqué à 3 stades (3-4 cm, 5-7 cm, 8-10 cm), pour un total de 30 minutes par stade. Acupression : pression du point LI4 pendant 3 minutes à chaque stade, pendant ma contraction en utilisant un ruban d'acupression. Témoin : soins usuels. (p. 3-4)
Critères de jugement	6a	Critères "a priori" de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand ils ont été évalués ?	Critère de jugement principal : douleur (EVA). Critères secondaires : satisfaction de l'accouchement (Birth Satisfaction Scale). (p. 3-4)
	6b	Changement quelconque de critères de jugement après le début de l'essai, en expliquer la raison?	Non
Taille de l'échantillon	7a	Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ?	A l'aide d'un logiciel : G*Power 3.1.9.2 software (p. 3)
	7b	Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt ?	Non
Randomisation			

Production de la séquence	8a	La méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation est-elle précisée?	Oui, tirage au sort à l'aide de papiers pliés tirés dans un récipient 'p. 4)
	8b	Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction (comme par ex. : par blocs, avec la taille des blocs) ?	Randomisation simple par tirage au sort.
Mécanisme d'assignation secrète	9	Mécanisme utilisé pour mettre en oeuvre la séquence d'allocation randomisée (comme par exemple : l'utilisation d'enveloppes numérotées séquentiellement), en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions?	3 morceaux de papiers ont été étiquetés avec les noms des différents groupes. Ils ont été mis dans un sac et les participants ont pu tirer au sort leur groupe.
Mise en œuvre	10	Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leurs groupes?	Les auteurs mentionnent que ce sont les femmes qui tiraient elles-même leur papier dans le récipient mais il n'est pas précisé qui préparait les papiers ou si une personne extérieure supervisait la procédure (p. 4)
Aveugle	11a	Au cas où, décrire qui a été en aveugle après l'assignation des interventions (par exemple, les participants, les administrateurs de traitement, ceux qui évaluent les résultats) et comment ont-ils été empêchés de savoir?	Pas en aveugle
	11b	Si approprié, description de la similitude des interventions ?	Non

Méthodes statistiques	12a	Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaires?	Les analyses ont été réalisées avec Le Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 27.0. Le test Kolmogorov-Smirnov, le test Shapiro-Wilk et les valeurs de skewness-kurtosis ont été utilisés pour tester la normalité des données. ANOVA a été utilisé pour les comparaisons, et le test Tukey a été utilisé pour une analyse plus approfondie. (p. 4)
	12b	Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sousgroupes ou des analyses ajustées	Non
Résultats			
Flux des participants (un diagramme est fortement conseillé)	13a	Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assignés par tirage au sort, qui ont reçu le traitement qui leur était destiné, et qui ont été analysés pour le critère de jugement principal?	Oui, 66 femmes recrutées réparties en 22 participantes par groupe. (p. 4)
	13b	Pour chaque groupe, abandons et exclusions après la randomisation, en donner les raisons?	Aucun abandon
Recrutement	14a	Dates définissant les périodes de recrutement et de suivi?	Entre le 01.11.2022 et le 15.06.2023 (p. 4)
	14b	Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu (si interrompu)?	N'a pas été interrompu
Données initiales	15	Une table décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe est-elle présente?	Oui, tableau 1 (p. 5)
Effectifs analysés	16	Nombre de participants (dénominateur) inclus dans chaque	Non, 66 participantes ont été suivies jusqu'à la fin

		analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine?	
Critères de jugement et estimations	17a	Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision (comme par ex. : intervalle de confiance à 95 %)	Douleurs acupressure : différence significative entre le début et la fin de la phase de latence (p=0,000) / Douleurs massage : différence significative entre le début et la fin de la phase de latence (p=0,000) / Douleurs groupe contrôle : augmentation non significative de la dls entre le début de la fin de la phase de latence (p>0.05). Groupe acupressure statistiquement plus haut que massage au début et à la fin de la phase de latence. Satisfaction : les différences sont significatives entre les 3 groupes (p < 0,05). Le groupe du massage est statistiquement plus satisfait que le groupe d'acupressure (p<0.05) et le groupe d'acupressure est statistiquement plus satisfait que le groupe de contrôle (p<0.05). 90% du groupe massage satisfait et souhaite recevoir à nouveau l'intervention. 68% du groupe acupressure satisfait et souhaite recevoir à nouveau l'intervention (p. 5-6)
	17b	Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives?	Pas de valeurs relatives
Analyses accessoires	18	Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée, en incluant les analyses en sous-groupes et les analyses ajustées, et en distinguant les analyses spécifiées a priori des analyses exploratoires?	Pas d'analyses supplémentaires
Risques	19	Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe sont-ils présentés?	Les auteurs ne mentionnent pas d'effets indésirables (p. 5)

Discussion			
Limitations	20	Les limitations de l'essai, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision, et au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyses sont indiquées?	Les femmes admises dans l'étude ne devaient pas présenter de complications liées à la grossesse. De plus, les méthodes utilisées sont restreintes à quelques moments de la première phase du travail et à certaines zones d'acupression et de massage, elles ne peuvent donc pas être généralisées pour l'entier du travail. (p. 4)
Généralisabilité	21	"Généralisabilité" (validité externe, applicabilité) des résultats de l'essai?	Les interventions sont détaillées donc réalisables, mais il faut que la grossesse soit unique avec un fœtus sain et à terme. Donc les résultats sont généralisables mais pas à l'entièreté de la population. (p 4 et 7)
Interprétation	22	Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte du ratio bénéfices/risques et de possibles autres faits pertinents	Les interprétations sont en cohérence avec les résultats. D'autres résultats d'étude sont utilisés et montrent les mêmes conclusions. Bien qu'elles soient toutes deux efficaces, le massage se distingue comme l'intervention la plus efficace pour soulager la douleur, tout en étant associé aux meilleurs scores de satisfaction concernant l'accouchement. (p. 7-8)
Autre information			
Enregistrement	23	Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé?	Registre : ClinicalTrials.gov, numéro d'enregistrement : NCT06057116 (p. 4 et 8)
Protocole	24	Le protocole complet de l'essai peut-il être consulté?	Oui
Financement	25	Sources de financement et autres ressources (par ex. : fourniture de médicaments), rôle des donateurs?	Pas de financement de la part d'organisme de secteur public, privé ou à but non lucratif

Grille CONSORT article 9 (Gönenç & Terzioğlu, 2020)

Référence de l'article (Norme APA 7) : Gönenç, I. M., & Terzioğlu, F. (2020). Effects of Massage and Acupressure on Relieving Labor Pain, Reducing Labor Time, and Increasing Delivery Satisfaction. <i>Journal of Nursing Research</i> , 28(1), e68. https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000344			
Traduction française originale de la liste de contrôle CONSORT			
Item	N°	Recommandation	Justification
Titre et résumé	1a	Identification en tant qu' "essai randomisé" dans le titre ?	Non, mais nommé dans le résumé (p.1)
	1b	Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusions ?	Oui, résumé complet (p.1)
Introduction			
Contexte / justification	2a	Le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question sont-ils expliqués ?	Oui, dans l'introduction (p.1)
Objectifs	2b	Les objectifs spécifiques de l'étude sont-ils clairement énoncés?	Oui, déterminer les effets du massage et de l'acupression sur la douleur du travail pendant la première phase du travail, la durée du travail et la satisfaction de l'accouchement (p. 2)
		Les auteurs énoncent-ils également des hypothèses ?	Oui, la perception de la douleur sera différente entre les 4 groupes, la durée du travail sera différentes entre les 4 groupes, la satisfaction de l'accouchement sera différentes entre les 4 groupes (p. 2)
Méthodes			
Plan de l'essai	3a	Description du plan de l'essai (tel que : groupes parallèles, plan factoriel) en incluant les ratios d'allocation ?	Oui, ils ont utilisé un plan factoriel pour former 4 groupes parallèles : un groupe massage seul, un groupe acupression seule, un groupe massage+acupression, un groupe témoin. Chaque groupe comprenait 30 participantes soit un total de 120 femmes incluses (p. 2)
	3b	Changements importants de méthode après le début de l'essai (tel que les critères d'éligibilité), en expliquer la raison ?	Non

Participants	4a	Critères d'éligibilité des participants?	Oui : indication pour AVB, primipare, entre 20 et 30 ans, moins de 4 cm de dilatation, être entre la 38ème et 42ème SA, fœtus en position céphalique, grossesse unique, fœtus en bonne santé, absence de complications pendant le travail, pas d'utilisation d'analgésie ou d'anesthésie pendant la première phase du travail. (p. 2)
	4b	Les structures et lieux de recueil des données sont-ils précisés?	Partiellement, on sait que c'est un hôpital universitaire de santé de la femme situé à Ankara en Turquie. (p. 2)
Interventions	5	Interventions pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour pouvoir reproduire l'étude, en incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites?	Massage : sessions de 30 minutes pendant la phase de latence, la phase active et la phase de transition. La tête, le cou, les épaules, le dos, les bras, les mains, les jambes ainsi que les pieds ont été massés. Acupressure : sessions de 30 minutes d'acupressure localisée sur le point SP6 pendant la phase de latence, la phase active et la phase de transition. Massage+acupressure : combinaison des deux interventions. (p. 2-3)
Critères de jugement	6a	Critères "a priori" de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand ils ont été évalués ?	Oui, critère principal : évaluation de la douleur (EVA). Critères secondaires : durée de dilatation, évaluation de la satisfaction, score APGAR à 1 et 5 min, administration éventuelle d'oxygène maternel (p. 3)
	6b	Changement quelconque de critères de jugement après le début de l'essai, en expliquer la raison?	Non
Taille de l'échantillon	7a	Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ?	A l'aide d'un logiciel : G*Power (version 3.1.3) (p.2)
	7b	Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt ?	Non
Randomisation			

Production de la séquence	8a	La méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation est-elle précisée?	Oui, les auteurs ont utilisé une méthode de randomisation simple intérgale sans restriction (p. 2)
	8b	Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction (comme par ex. : par blocs, avec la taille des blocs)?	Randomisation aléatoire simple par tirage au sort (p. 2).
Mécanisme d'assignation secrète	9	Mécanisme utilisé pour mettre en oeuvre la séquence d'allocation randomisée (comme par exemple : l'utilisation d'enveloppes numérotées séquentiellement), en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions?	Le chercheur a placé les noms de groupe dans une urne et a procédé au tirage au sort pour attribuer chaque nouvelle participante à l'un des quatre groupes (p.2)
Mise en œuvre	10	Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leurs groupes?	Un seul chercheur a généré la séquence d'allocation et assigné les participants à leurs groupes, pas de notion pour l'enrôlement des participants (p. 2).
Aveugle	11a	Au cas où, décrire qui a été en aveugle après l'assignation des interventions (par exemple, les participants, les administrateurs de traitement, ceux qui évaluent les résultats) et comment ontils été empêchés de savoir?	Pas en aveugle, les participantes savaient dans quel groupe elles se trouvaient et la personne réalisant l'intervention aussi (p. 2)
	11b	Si approprié, description de la similitude des interventions ?	Non applicable car pas en aveugle.

Méthodes statistiques	12a	Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaires?	Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics Version 22.0. Les données ont été analysées à l'aide de calculs de fréquences et de pourcentages, du test du chi-sqaure, du test Tukey honestly diffence (HSD) et de l'analyse de variance à un facteur. (p. 3)
	12b	Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sousgroupes ou des analyses ajustées	Aucune analyse supplémentaire n'est décrite dans l'article.
Résultats			
Flux des participants (un diagramme est fortement conseillé)	13a	Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assignés par tirage au sort, qui ont reçu le traitement qui leur était destiné, et qui ont été analysés pour le critère de jugement principal?	Le déroulement et le nombre de participantes à chaque étape est partiellement décrit, pas diagramme de flux transmis (p.3)
	13b	Pour chaque groupe, abandons et exclusions après la randomisation, en donner les raisons?	Oui, 22 participantes ont été exclues dont 13 femmes qui ont sû avoir une césarienne, 7 femmes ont reçu de la péthidine pour soulager la douleur et 2 femmes ont eu recours une anesthésie péridurale (p.3).
Recrutement	14a	Dates définissant les périodes de recrutement et de suivi?	Oui, le recrutement et le suivi des femmes se sont étalés du 8 août 2012 au 8 mars 2013 (p. 2)
	14b	Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu (si interrompu)?	N'a pas été interrompu, l'essai s'est terminé normalement
Données initiales	15	Une table décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe est-elle présente?	Oui, un tableau est présent (voir tableau 1)
Effectifs analysés	16	Nombre de participants (dénominateur) inclus dans chaque	Chaque groupe comptait 30 participantes analysées jusqu'à la fin (après exclusions).

		analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine?	
Critères de jugement et estimations	17a	Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision (comme par ex. : intervalle de confiance à 95 %)	Douleur : les groupes de massage et acupression + massage ont des scores d'EVA plus faibles après l'intervention ($p < 0,01$ et $p < 0,1$). (voir tableau 2). Temps de dilatation : le groupe massage a eu le temps de dilatation le plus court, la groupe contrôle a eu le plus long. Mais les différences ne sont pas statistiquement significatives ($p > 0,05$). Satisfaction : 100% des participantes dans le groupe massage+acupression sont satisfaites, 96% dans le groupe massage et 93% dans le groupe acupression. Score d'Apgar : sont similaires dans tous les groupes, pas de différence significative ($p > 0,05$). Utilisation d'oxygène : un peu plus de femmes dans le groupe témoin que dans les groupes d'intervention. (p. 4-5)
	17b	Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives?	Pas de valeurs relatives
Analyses accessoires	18	Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée, en incluant les analyses en sous-groupes et les analyses ajustées, et en distinguant les analyses spécifiées a priori des analyses exploratoires?	Aucune analyse supplémentaire n'est décrite dans l'article.
Risques	19	Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe sont-ils présentés?	Pas d'effets secondaires importants, mais quelques mineurs. 2 femmes du groupe acupression ont éprouvé une légère douleur due au bracelet d'acupression ou une démangeaison (p.5)

Discussion			
Limitations	20	Les limitations de l'essai, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision, et au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyses sont indiquées?	L'étude n'a été conduite que dans un seul hôpital et sur une population homogène et limitée (n = 120). Aussi, l'exclusion des femmes ayant eu une péridurale, une analgésie ou une césarienne réduit le champ d'application aux accouchements sans recours à ces interventions médicales (p.7-8)
Généralisabilité	21	"Généralisabilité" (validité externe, applicabilité) des résultats de l'essai?	Les auteurs n'ont pas spécifiés d'élémentsg généralisables. Notre interprétation : essai n'est pas généralisable car elle est adressée aux femmes primipares entre 20 et 30 ans, qui n'ont pas de complications ou pathologies. De plus, les interventions ne sont pas détaillées donc non reproductibles
Interprétation	22	Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte du ratio bénéfices/risques et de possibles autres faits pertinents	Oui, en cohérence. Ils utilisent les résultats d'autres études. Les auteurs notent que le massage seul semble plus efficace que l'acupression seule. L'acupression et le massage étant des moyens sûres, peuvent être utilisés comme moyen de soulagement de la douleur. En conclusion, les interventions non pharmacologiques étudiées améliorent l'expérience de l'accouchement, avec un impact notable sur la douleur et la satisfaction, et peuvent être intégrés aux soins (p.5-6-7).
Autre information			
Enregistrement	23	Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé?	Aucun numéro d'enregistrement n'est mentionné dans l'article.
Protocole	24	Le protocole complet de l'essai peut-il être consulté?	Pas de référence à un protocole détaillé qui serait consultable.
Financement	25	Sources de financement et autres ressources (par ex. : fourniture de médicaments), rôle des donateurs?	Pas de subvention spécifique, pas de conflit d'intérêt

Annexe IV : tableau récapitulatif d'analyse

Auteur (année)	Objectif	Design	Population (taille)	Intervention	Critères jugements (principal + secondaire)	Méthodes d'analyse	Résultats	Forces	Faiblesses	Généralisation, recommandations	Conclusion
Solt Kirca - 2022	Etudier les effets de la douche et de l'acupression pendant la phase active du travail, à la fois sur la douleur ressentie pendant l'accouchement et sur le confort des femmes enceintes en post-partum	RCT	120 femmes enceintes réparties en 3 groupes (40 femmes par groupe)	Acupression (point BL32) et douche	Principal : l'intensité de la douleur et le confort au PP Secondaire : l'évaluation néonatale (Apgar)	Echelle visuelle analogique (EVA), Postpartum Comfort Questionnaire (PPCQ)	Douleur : Significatif à 4-5cm pour le groupe douche ($p<0,001$) et pour celui d'acupression ($p=0,015$). Significatif pour l'acupression ($p<0,001$) + douche à 6-7cm ($p<0,001$). Significatif pour acupression ($p<0,001$) + douche ($p<0,001$) à 8-10cm. PPCQ : Pas significatif sur le physique mais significatif sur le psycho-spirituel et sur le socio-culturel. Autres : Pas d'influence sur le score d'Apgar.	Efficacité des méthodes utilisées, une amélioration du confort lors du post-partum, aucun effet indésirable autant du côté maternel que néonatal	Non généralisable, taille réduite de l'échantillon, travail non spontané car perfusion pour toutes dès le début du travail.	Résultats ne sont pas généralisables, car uniquement femmes primipares sans patho. Une thématique principale de la douleur de l'accouchement et du confort du post-partum. Protocoles différents (intro d'office d'ocytocine)	Les résultats indiquent que l'intensité de la douleur de l'accouchement a diminué dans les deux groupes expérimentaux (acupression et douche) et que leur niveau de confort post-partum a augmenté. Les groupes acupression et douche n'ont pas eu d'effets négatifs évidents sur les résultats maternels ou néonataux.
Ozgili - 2016	Comparer l'effet de l'acupression entre les points LI4 et BL32 sur l'intensité de la douleur pendant la première phase du travail et sur l'impact des issues de l'accouchement.	RCT	105 femmes divisées en 3 groupes (35 femmes par groupe)	Acupression point LI4 + BL32	Principal : Douleurs Secondaire : Issu de l'accouchement, l'évaluation néonatale (Apgar), satisfaction maternelle	EN, Questionnaire de satisfaction, APGAR	Intensité de la douleur : significativement diminuée dans les groupes LI4 et BL32 par rapport au groupe contrôle et à chaque stade de dilatation. Le BL32 est plus efficace à 4-5 cm et 6-7 cm que le LI4. Issue de l'accouchement : aucune différence significative n'a été observée entre les groupes. Evaluation néonatale : aucune différence significative n'a été observée entre les groupes. Satisfaction participantes : significativement plus élevée pour groupes d'intervention que pour groupe contrôle.	Efficacité de l'acupression, absence d'effets secondaires maternels ou néonataux	Absence de groupe placebo, point LI4 stimulé unilatéralement	Auteurs n'évoquent pas la notion de généralisabilité de leur résultat.	L'acupression LI4 et BL32 est efficace et sans danger pour soulager la douleur du travail chez les femmes enceintes. Etudes complémentaires sont nécessaires, groupe placebo, stimulation bilatérale, et populations plus diversifiées.
Hamlaci - 2017	Evaluer l'effet de l'acupression appliquée sur le point LI4 sur la douleur ressentie lors du travail de l'accouchement.	RCT	88 femmes divisées en 2 groupes (42 femmes par groupe)	Acupression (point LI4)	Principal : Intensité de la douleur Secondaire : Durée du travail et satisfaction maternelle	Echelle visuelle analogique (EVA), interview du PP, monitoring du travail	Intensité des douleurs : l'acupression appliquée sur le point LI4 la diminuait significativement. Durée du travail : Est aussi significativement réduite dans le groupe acupression. Satisfaction : Plus élevée par rapport au groupe contrôle. Autres : Aucun facteur de risque particulier n'a été identifié à la suite de l'intervention.	Etude confirme l'efficacité de l'acupression LI4 pour réduire la douleur du travail et raccourcir la durée de l'accouchement.	La stimulation d'un seul point d'acupression, taille de l'échantillon relativement restreinte, la durée prolongée de l'étude	Les auteurs ne parlent pas de la généralisation de leurs résultats.	Cette étude renforce l'intérêt de l'acupression comme approche non pharmacologique, simple et efficace pour soutenir les femmes durant le travail.

Türkiyan - 2021	Effet point acupression GB21 sur la douleur	RCT	174 femmes divisées en 3 groupes de 58	Point acupression GB21 ou point simulé à côté	Douleur, médication, césarienne, score Apgar, satisfaction maternelle	EN	<p>Résultats douleur : Diminution douleur dans les trois groupes Groupe GB21 : réduction douleur 3-5 cm dilatation (p = 0.001) vs contrôle Groupe simulé : réduction douleur (p = 0.001) vs contrôle Groupe GB21 > groupe simulé (p = 0.001) Réduction douleur à 6-7 cm et 8-10 cm : Diminution douleur dans GB21 et groupe simulé vs contrôle Satisfaction : Plus élevée dans groupe GB21 vs simulé et contrôle Facteurs associés : Aucune relation intervention/risques Aucune influence sur déroulement accouchement (médication, césarienne) Aucune influence sur nouveau-né (poids, Apgar)</p>	3 groupes avec 1 groupe simulé pour éliminer effet placebo. Pas d'effets indésirables, impact global	Effet placebo du point simulé, point simulé trop proche de GB21, position inconfortable en fin de travail, acupression unilatéral	Peut utiliser l'acupression du point GB21 de manière sécuritaire pour soulager les douleurs lors du travail de l'accouchement. Plus d'études sont nécessaires pour savoir si un point est suffisant ou si la bilatéralité de la pression est importante	Montre que point GB21 efficace pour diminuer les dls en phase de latence, pas d'effets indésirables
Türkmen - 2024	Déterminer les effets du massage au froid sur le point SP6 sur la douleur du travail, le confort et la durée de l'accouchement et l'anxiété pendant le travail.	RCT	100 femmes divisées en 2 groupes (50 et 50)	Massage avec de la glace sur le point SP6	Douleur, durée du travail, confort, intensité de l'anxiété	EVA, CCQ, STAI	<p>Douleur : les moyennes de score d'EVA sont significativement diminué par rapport au groupe de contrôle pendant la phase de latence (p < 0,001). Durée travail : pas de différence significative (p = 0,805). Confort : pas de différence significative (p = 0,438).</p>	Pas d'effets indésirables de l'intervention	Population non généralisable, une seule maternité, protocoles différents des autres pays, pas en aveugle	Le massage avec de la glace du point SP6 peut diminuer les douleurs et améliorer le confort pendant le travail donc la satisfaction mais besoin d'études supplémentaires et standardiser son utilisation dans la pratique. D'autres études sont également nécessaires pour investiguer l'optimisation de la dose et de la fréquence d'utilisation de l'intervention	Le massage par le froid localisé au point SP6 permet une diminution de la douleur pendant la phase de latence. Méthode sûre, simple et efficace.

Sanli - 2023	Objectif principal : évaluer effets massage pieds femmes enceintes travail sur durée accouchement, interventions médicales, pertes sanguines post-partum, état émotionnel	RCT	80 femmes divisées en 2 groupes (40 et 40)	Massage des pieds	Douleur, durée travail, HPP, déchirures, expérience émotionnelle	EVA	<p>Résultats douleur : Diminution douleur groupe intervention (p = 0.000, 4-5 cm dilatation) Augmentation douleur groupe contrôle (p = 0.000) Pas de différence significative EVA avant intervention (p > 0.05) Efficacité massage à différentes dilatations : 6-7 cm : diminution douleur intervention (p < 0.05) 8-9 cm : diminution douleur intervention (p < 0.05) 2ème heure post-partum : diminution douleur intervention (p < 0.05) Facteurs associés : Aucun facteur de risque identifié Bénéfices : Durée phases travail plus courte (p < 0.05) Moins de déchirures périnéales (p < 0.05) Pertes sanguines post-partum moindres (p < 0.05) Très haut niveau de satisfaction des participantes dans le groupe d'intervention</p>	Critères démographiques similaires, population sous représentée des recherches, autres facteurs que dls	Facteurs psychologique pouvant influencer la douleur (placebo), biais car uniquement auto-évaluation des femmes, maternité unique, pas de simple ni double aveugle (placebo)	Les auteurs précisent qu'il faut tester dans d'autres groupes avant d'être généralisé	Diminution de la dls grâce au massage des pieds durant la phase de latence. Satisfaction des femmes par rapport à cette prise en charge.
Öztaş - 2023	déterminer l'effet du massage sacré et de la musicothérapie chez les primipares sur les dls lors du travail de l'accouchement, le confort en post-partum et la croissance post-traumatique	RCT	105 femmes divisées en 3 groupes de 35	Massage sacré ou musicothérapie	Douleurs, confort post-partum et croissance post-traumatique	EVA	Douleur similaire entre groupes avant intervention (p>0.05) Massage sacré ↓ douleur de manière significative en phase de latence (mieux que musicothérapie et contrôle) (p<0.001) Les deux interventions ↓ douleur en phase active (massage > musique), Massage ↓ dls en phase de transition (pas musique). (p<0.001) Massage sacré ↑ confort post-partum (physique (p<0.001) + psychospirituel (p<0.001) + socioculturel (p<0.05)). Musicothérapie ↑ confort post-partum (physique (p<0.001) + psychospirituel (p<0.001) + socioculturel (p<0.05)). Massage sacré + musicothérapie ↑ croissance post-traumatique (relations + philosophie de vie) (p<0.05)	Homogénéité des groupes. Pas effets indésirables. Résultats concordant avec les autres recherches sur le sujet	Uniquement réalisé sur des femme primipares dans un unique hôpital en Turquie. Toutes les femmes incluses ont été admises en phase de latence. Résultats donc limité à cette unique population.	Intégrer massage sacré et musicothérapie dès la phase de latence --> ↓ douleur, ↑ confort post-partum, ↑ croissance post-traumatique positive	Massage sacré + musicothérapie diminuent la douleur, augmentent le confort postpartum, et favorisent un vécu psychologique positif après la naissance, avec le massage présentant une efficacité globalement supérieure à la musicothérapie

Mammadov - 2024	Déterminer les effets de l'acupressure et du massage dans la gestion de la douleur durant la première phase du travail de l'accouchement chez les femmes primipares	RCT	66 femmes enceintes divisées en 3 groupes (22 femmes par groupe)	Acupressure (L14) et massage sacré	Douleur, satisfaction de l'accouchement	EVA, BSS	<p>Douleurs acupressure : différence significative entre le début et la fin de la phase de latence (p=0,000)</p> <p>Douleurs massage : différence significative entre le début et la fin de la phase de latence (p=0,000)</p> <p>Douleurs groupe contrôle : augmentation non significative de la dls entre le début de la fin de la phase de latence (p>0.05). Groupe acupressure statistiquement plus haut que massage au début et à la fin de la phase de latence.</p> <p>Satisfaction : les différences sont significatives entre les 3 groupes (p < 0,05). Le groupe du massage est statistiquement plus satisfait que le groupe d'acupressure (p<0.05) et le groupe d'acupressure est statistiquement plus satisfait que le groupe de contrôle (p<0.05). 90% du groupe massage satisfait et souhaite recevoir à nouveau l'intervention. 68% du groupe acupressure satisfait et souhaite recevoir à nouveau l'intervention</p>	Pas d'effets indésirables de l'intervention, résultats en cohérence avec autres recherches	Les femmes ne devaient pas présenter de complications pendant grossesse. Les méthodes sont restreintes à certains moments du travail et à certaines zones d'acupression et de massage, elles ne peuvent pas être généralisées pour l'entier du travail.	Pas de recommandations pour la pratique dans cet article	Bien qu'elles soient toutes deux efficaces, le massage se distingue comme l'intervention la plus efficace pour soulager la douleur, tout en étant associé aux meilleurs scores de satisfaction concernant l'accouchement
Gönenç - 2020	Evaluer les effets du massage et de l'acupressure sur la gestion de la douleur du travail pendant la première phase du travail	RCT	120 femmes enceintes réparties en 4 groupes (30 femmes par groupe)	Acupressure (SP6) et massage sacré et dorsal	Douleur, durée de la dilatation, satisfaction	EVA	<p>Douleur : groupes de massage et acupressure + massage ont des scores d'EVA plus faibles après l'intervention (p < 0,01 et p < 0,1).</p> <p>Temps de dilatation : le groupe massage a eu le temps de dilatation le plus court, la groupe contrôle a eu le plus long.</p> <p>Satisfaction : 100% des participantes dans le groupe massage+acupressure sont satisfaites, 96% dans le groupe massage et 93% dans le groupe acupressure</p>	Pas d'effets indésirables de l'intervention, résultats en cohérence avec autres recherches	Population non généralisable, une seule maternité, pas en aveugle	Les auteurs ne parlent pas de la généralisation de leurs résultats.	Massage et acupressure réduisent significativement la douleur pendant la phase de latence du travail et sont bien acceptés par les femmes. Aucun impact négatif observé sur les nouveau-nés.