

Médecins acupuncteurs, jeunes chercheurs ?

D'une pratique solitaire en cabinet libéral à une recherche structurée en milieu hospitalo-universitaire.

Sylvie Bidon, Marc Martin

RESUME : partant d'une pratique de l'acupuncture dans la prise en charge du syndrome douloureux régional complexe, associée à une réflexion collective sur la recherche clinique, l'expérience des arcanes de la recherche clinique : entre espoirs et obstacles, réflexions pour l'avenir.

MOTS-CLES : syndrome douloureux régional complexe – acupuncture – moxibustion - étude de cas cliniques – étude clinique randomisée : appel d'offre, montage et analyse de dossier.

SUMMARY : Starting a practice of acupuncture in the treatment of complex regional pain syndrome, associated with a collective reflection on clinical research experience of the intricacies of clinical research: between hopes and obstacles, thoughts for the future .

Introduction : Une démarche qui s'est faite en trois temps.

D'abord la réalisation en cabinet libéral d'une étude de cas cliniques sur l'aide à la prise en charge du Syndrome Douloureux Régional Complexe (SDRC) par l'acupuncture et la moxibustion présentée en 2009 aux XIII èmes Journées de la FAFORMEC à Lille.

Puis l'organisation d'un atelier de réflexion générale sur la recherche clinique appliquée à l'acupuncture lors des XIV èmes Journées de la FAFORMEC à Rouen permettant de dégager plusieurs pistes.

Ensuite la mise en pratique pour répondre à un appel d'offre jeunes chercheurs et en collaboration avec le Centre de Recherche et d'Investigation et l'unité INSERM du CHU de Rouen s'approprier les outils de la recherche clinique et répondre à l'exigence d'une ECR : « Efficacité de la prise en charge par acupuncture et moxibustion sur la douleur dans le Syndrome Douloureux Régional Complexe de type 1 »

Histoire singulière de notre projet ou la continuité dans l'effort.

Rappels généraux : Etude de cas cliniques sur l'apport de l'acupuncture et la moxibustion dans la prise en charge du SDRC de type 1

Le Syndrome Douloureux Régional Complexe de type 1 (anciennement algodystrophie) est défini (Congrès d'Orlando en 1994) comme une douleur persistante dans un segment de membre secondaire à un traumatisme ou à une lésion tissulaire en particulier osseuse, ligamentaire ou neurologique et qui n'implique pas un gros tronc nerveux, associée à une dysrégulation sympathique.

En médecine traditionnelle chinoise, le SDRC peut être considéré comme secondaire à la pénétration d'une énergie perverse (Xie).

Ce Xie atteint d'abord la superficie donnant des manifestations humidité/chaleur avec douleur, chaleur, rougeur et oedème (phase dite aiguë ou chaude).

Très rapidement, probablement du fait d'une insuffisance des énergies Wei et Rong du patient, le Xie s'enfonce en profondeur, entraînant une perturbation de la circulation de ces mêmes énergies avec un épuisement progressif du Yang en superficie et une **stagnation du Yin** (phase dite dystrophique ou froide) avec des douleurs plutôt mécaniques, une raideur, un aspect froid et cyanosé des téguments avec oedème et un début de déminéralisation osseuse. L'évolution se fait vers un **vide de Sang** souvent rencontré en phase dystrophique évoluée.

Si le Xie continue sa progression vers la profondeur il y a atteinte du Shao Yin, vide de Rein avec déminéralisation de type ostéoporotique, raideur douloureuse marquée et troubles trophiques (phase dite atrophique) [1-4].

Les traitements proposés et utilisés dans l'étude sont à la fois loco-régionaux et généraux.

a) à la phase initiale inflammatoire de pénétration du Xie

- Saignée des points Ashi
- Dispersion des points locaux

A noter que le patient est rarement vu à cette phase, il existe souvent un retard au diagnostic et l'acupuncteur est rarement sollicité en première intention.

b) à la phase de stagnation de Yin

- Points locaux-régionaux :

Point Xi et point Chaleur des méridiens principaux concernés avec aiguille chauffée sur le point Chaleur

Moxibustion des points Jing Proximaux des méridiens principaux concernés qui sont les points de «débarquement» des Xie

Moxibustion sur les points Ashi de la zone douloureuse.

- Points généraux :

Ils sont fonction de l'examen du patient (les 8 règles diagnostiques, examen du pouls et de la langue)

Quelques exemples :

Points barrière des membres

Action sur le Tai Yin qui envoie de l'énergie vers la superficie : 7P, 6Rp (action sur les œdèmes).

Action sur le Yin Wei Mai : 6MC.

Points des Moelles : 16GI (épaule), 8TR (membre supérieur), 39Vb (membre inférieur).

Point Hui des os : 11V.

Points d'équilibrage énergétique : 17V pour mobiliser le Yin (mer du sang) , 17VC (aide à la production de l'énergie Wei), 43V.

Tonification des reins : 23V en moxibustion.

Les résultats de cette étude de cas cliniques montrent une nette diminution de l'intensité des douleurs (évolution de la douleur moyenne à l'EVA de 6,1 à 1,7) et une amélioration de la raideur avec facilitation du travail du kinésithérapeute. La guérison du SDRC a été accéléré et pour certains a permis une reprise rapide du travail [5].

Ces résultats plutôt encourageants ont permis à cette étude de cas clinique d'être une étude pilote pour une ECR.

Un contexte général particulier : quasi-absence en acupuncture d'études cliniques en langue française

Chaque année, le GERA présente l'état des lieux de la recherche clinique : on y remarque une évolution exponentielle des ECR (études contrôlées Randomisées) ainsi que des revues systématiques et des méta-analyses.

Une constatation récurrente souligne la prédominance des études chinoises, pas toujours indexées par Medline, et de toutes celles des pays anglo-saxons. L'origine française des études montre un véritable creux : longtemps les études sur l'addiction au tabac ont été les seules à apparaître.

Quelles sont les raisons à cette absence de publications, mais surtout de travaux de recherche clinique ?

L'exercice de l'acupuncture reste un exercice solitaire en cabinet libéral. La recherche clinique nécessite des moyens tant logistiques que financiers. La majorité des médecins acupuncteurs qui exercent en cabinet sont à l'origine des médecins généralistes. La culture médicale en France a longtemps réservé le domaine de la recherche aux seules spécialités, hors médecine générale. Une véritable révolution s'est opérée en médecine générale, reconnue petit à petit comme une spécialité à part entière, avec une ouverture sur l'enseignement universitaire. La médecine basée sur les preuves est devenue la pierre angulaire de la pratique, du moins de la réflexion. Les médecins généralistes ont mis un pied à l'université et se sont souvent lancés à leur tour dans la recherche clinique.

La pratique de l'acupuncture pendant ces années n'a pas bénéficié des outils nécessaires à la mise en place de protocole de recherche clinique. Par ailleurs, la profession est restée partagée entre les partisans d'une approche de l'acupuncture par les preuves cliniques et les défenseurs d'une approche basée sur la tradition. Mais surtout, la pratique de terrain est restée hors des réseaux de la recherche. Si des consultations existent en milieu hospitalier, il s'agit encore de pratique solitaire, sans ancrage réel dans les structures hospitalières et donc très à l'écart des réseaux de recherche.

Un contexte local favorable.

Le soutien du Professeur Weber et du doyen de la faculté de médecine et de pharmacie de Rouen, le professeur Thuillez ont permis de réaliser deux congrès de la FAFORMEC dans les locaux de l'université en 2000 et 2010.

En 2010, lors du XIV ième congrès de la fédération, nous avons organisé un atelier sur les modalités de la recherche, profitant de l'expérience du Centre d'Investigation Clinique du CHU de Rouen (CIC). Avec Jacques Weber, nous avons posé ensemble les jalons d'une recherche en acupuncture à organiser et à financer.

Les obstacles sont donc bien ceux des moyens tant humains, que logistiques et bien sûr financiers.

Le Centre d'investigation clinique du CHU de Rouen était donc disposé à nous soutenir dans cette démarche : nous avons soumis l'étude de cas sur le thème de l'algodystrophie ou SDRC. Ce travail pouvait servir de base pour un travail de recherche clinique. Restait à trouver un cadre de travail.

Courant 2011, le professeur Weber nous a prévenus du lancement d'un appel d'offre de recherche : cet appel d'offre était financé par la région Haute-Normandie qui mettait à disposition du CHU de Rouen une dotation pour favoriser une recherche clinique impliquant de jeunes chercheurs.

Première question : pouvions-nous être nous même promoteurs ? Hormis la question d'âge, nous étions au bas mot des apprentis chercheurs, mais sans statut hospitalier réel, le poste d'attaché ne donnant aucun statut en dehors d'une autorisation d'exercice au sein du système hospitalier.

Sans le soutien d'une structure organisée, comment faire ? Le montage du dossier a nécessité la volonté et la logistique du CIC.

La présence d'une jeune chef de clinique en médecine générale au CIC a permis une réelle avancée du dossier : nous avons le jeune chercheur, c'est à dire l'investigateur coordonnateur et surtout la personne-ressource dont c'était la mission d'écrire et de monter un dossier complexe.

Bien sûr, nous devenions les investigateurs associés.

Nous allions devoir répondre à un cahier des charges précis :

- Justification scientifique et description générale de la recherche
- Objectifs de la recherche
- Conception de la recherche avec critères d'évaluation, schéma de recherche et description de la randomisation, sélection des personnes
- Description du dispositif
- Plan de déroulement de la recherche

Et à des questions subsidiaires : évaluation de la sécurité, responsabilité de l'investigateur, du promoteur autour des effets indésirables attendus, statistiques.

Au total, le travail d'écriture a abouti à un document de 60 pages décrivant l'ensemble du protocole, mais aussi à l'établissement d'un budget complet.

Sur ce budget, 21205 euros de dépenses étaient à couvrir par des recettes d'un même montant. La Faformec apportait son aide sous la forme d'une subvention de 3000 euros votée en AG d'avril 2012. La Société SEDATELEC apportait son soutien avec le prêt d'un appareil de moxibustion.

Le dossier était donc adressé pour l'appel d'offre avec d'autres projets : nous étions confiants dans notre avenir, même si nous savions que rien n'était joué. Le Professeur Weber envisageait qu'il y aurait, le cas échéant, d'autres appels d'offre.

Cependant, en juin, nous avons été déçus d'apprendre que le projet n'était pas accepté.

Echec programmé ou dossier perfectible ?

Est-il possible d'analyser les raisons de notre échec ?

Nous avons obtenu la grille d'évaluation du jury, ce qui nous permet d'identifier les points faibles de notre projet.

7 items ont été choisis dans l'examen du projet : il convient d'analyser chacun d'eux dans le détail. Dans les cadres sont reproduits les avis du jury.

- 1- **Pertinence du sujet de l'étude** : la question posée a-t-elle un réel intérêt clinique et/ou scientifique ? La réponse à cette question peut-elle avoir des retombées sur la pratique clinique et/ou en termes de santé publique ?

Réponse obtenue : 3/4

Il s'agit d'une étude prospective contrôlée randomisée en cross-over pour des patients présentant un syndrome de douleur régionale complexe (ou algodystrophie), avec prise en charge habituelle (traitement médical + kinésithérapie) ou prise en charge habituelle + prise en charge supplémentaire par acupuncture et moxibustion (6 semaines + 6 semaines).

Compte tenu de la fréquence du SDRC et de la difficulté de prise en charge de ces patients, l'éventualité d'une nouvelle thérapeutique présente un intérêt clinique important.

Commentaire plutôt encourageant sur l'intérêt du sujet.

-2- **Originalité du projet** : les résultats escomptés et/ou la méthodologie de l'étude peuvent-ils apporter des informations réellement originales par rapport à celles issues des études déjà publiées ?

Réponse obtenue : 3/4

Les investigateurs ont déjà réalisé une étude pilote en ouvert chez un nombre important de patients (42 patients) ayant étudié l'effet de l'acupuncture sur l'EVA, la raideur et la satisfaction des patients. Malheureusement, les résultats de cette étude ne nous sont pas détaillés.

Concernant l'originalité, il existe 2 études rapportées par l'investigateur mais avec un trop petit nombre de patient.

Nous n'avons pas détaillé précisément, mais nous avons donné l'étude seulement en référence.

La bibliographie de référence était peu conséquente, d'où l'intérêt de notre étude : combler un vide.

-3- **Méthodologie de l'étude** : les critères de jugement, la stratégie générale de l'étude et les moyens utilisés paraissent-ils bien adaptés pour répondre à la question posée ?

Réponse obtenue : 0,5/4

Cette étude ne correspond pas à une comparaison traitement habituel vs traitement habituel + acupuncture. Deux techniques sont évaluées simultanément, l'acupuncture et la moxibustion. Même si les résultats sont positifs, les effets seront à attribuer à l'acupuncture ou à la moxibustion ou aux deux ?

La stabilité du traitement médicamenteux n'est pas demandée pendant la durée de l'étude. De plus, l'investigateur se réserve le droit de modifier ce traitement médicamenteux à la visite J0 (« et éventuellement l'adaptation du traitement habituel du SDRC à J0 »), sans que l'on sache pourquoi, pour quels patients et pourquoi ces patients ne sont-ils pas inclus après une période d'un mois (par exemple) avec ce traitement modifié optimisé.

Pourquoi ne pas avoir fait le calcul d'effectif sur les données de l'étude pilote locale (effectuée sur 42 patients) plutôt que sur une étude publiée par d'autres avec moins de patients (seulement 22 patients, réf 23) ?

Puis on nous signale : « n'ayant aucune information sur la variabilité autour de la moyenne que nous observerons chez les sujets traités par acupuncture, nous supposons... ». On ne dispose pas de ces données dans l'étude publiée par Istemi Yucel (ref 23) mais on dispose de ces données dans l'étude pilote car elle a été réalisée par l'investigateur.

Concernant l'analyse statistique (p 32) : « si l'interaction entre la période et le traitement est positive, alors seuls les résultats obtenus pendant la première période pourront être analysés (comme s'il s'agissait d'un essai en deux bras parallèles (traitement usuel vs traitement usuel + acupuncture). L'étude en cross-over se transformerait en étude avec 2 bras parallèles. Mais on nous dit p11 que cela a déjà été fait: 2 études ont montré « une amélioration très nette des douleurs dans le groupe acupuncture, mais dans les 2 cas le nombre trop faible de patients inclus (14 dans chaque étude) ne permet pas de conclure à un résultat significatif". Or il faut rappeler que dans l'étude proposée par l'investigateur, le nombre de patients à inclure est 16. Il est très probable que le nombre de patient soit également trop faible pour conclure à un résultat significatif (14 ou 16 patients, peu de différence).

Pourquoi ne pas prendre les mêmes critères d'évaluation que l'étude pilote, et pourquoi avoir privilégié l'effet de l'acupuncture sur l'impotence fonctionnelle plutôt que sur la raideur comme dans l'étude pilote, d'autant qu'il n'y a aucun argument rapporté dans le manuscrit concernant l'effet de l'acupuncture sur l'impotence fonctionnelle (de n'importe quelle étiologie soit-elle). Quel est le rationnel pour cette évaluation ?
Ne faudrait-il pas évaluer de manière plus détaillée la douleur, en plus d'une simple EVA, et notamment par un questionnaire de douleur neuropathique (DN4)

Les examinateurs séparent acupuncture et moxibustion par ignorance de la méthode.

Problème méthodologique sur les calculs d'effectifs.

Conseils pour les critères d'évaluation à prendre en compte.

-4- **Faisabilité** : le nombre des investigateurs et leurs compétences (co-investigateurs, collaborations) paraissent-ils adaptés au projet demandé ? Les estimations des frais, des besoins financiers et du délai de réalisation de l'étude sont-elles réalistes ?

Réponse obtenue : 4/5

Critère d'inclusion : « diagnostic de SDRC de type 1 confirmé par radiographie standard, IRM ou scintigraphie ». Ce critère permet d'être sûr du diagnostic des patients. Mais le diagnostic de SDRC est clinique : si les patients n'ont pas eu ces examens complémentaires, ou les résultats sont négatifs pour ces examens, le patient ne sera pas inclus. En terme de faisabilité, cela pourrait-il être gênant ?

Critère d'exclusion : "patient en phase chaude de SDRC". Or il est écrit page 9 que "la durée de chaque phase est variable, les phases peuvent se succéder rapidement, dans un ordre variable avec possibilité d'aller et retour entre les 2 premières phases". Un patient inclus en phase froide devra donc être exclu si au cours des 12 semaines de l'étude il rentre dans une phase chaude?

Question du diagnostic clinique.

Une phase chaude en cours de traitement est-elle un critère d'exclusion ?

Avant d'être exclus, nous aurions aimé pouvoir corriger ces items et pouvoir justifier. Cette possibilité semble offerte si l'étude est retenue : il y a une marge de correction à apporter.

-5- **Budget et mode de financement** : sont-ils décrits précisément (affectation et échéancier du budget, sources de financement) ?

Réponse obtenue : 5/5

Le budget est bien décrit. Il manque peut-être une ligne budgétaire pour des tests de grossesse et des prélèvements sanguins (cf paragraphe suivant)

Le cas de la grossesse semble exceptionnel, le président du jury est obstétricien !

-6- **Considérations éthiques** : ces considérations sont-elles bien prises en compte ?

Réponse obtenue : 0/5

La note d'information est à réécrire totalement. Le protocole a été recopié parfois mot pour mot dans la note d'info. Déjà que ce manuscrit n'était pas toujours compréhensible pour un médecin, je doute qu'il le soit pour des patients dont l'état attentionnel est altéré par un syndrome douloureux chronique. Le patient n'a aucune information pratique sur l'acupuncture : ça fait mal ? Grosses aiguilles ou petites ? Combien de piqûre ? Combien de temps ?

Il y a des erreurs importantes avec des informations fausses page 2 concernant la durée de la période d'acupuncture (6 semaines au lieu de 3).

On nous parle de la Moxibustion dans le protocole mais pas dans la note d'info. Le patient ne sait pas qu'il va bénéficier de cette méthode, d'autant qu'il y a un risque de brûlure (cf page 19 du protocole) !!!

Dans la note d'info, il existe un tableau résumé dont certains termes n'apparaissent nulle part ailleurs dans la note d'info. Le patient voit « échelle de qualité de vie » et « échelle fonctionnelle » (avec des abréviations qu'il ne comprend pas SF36, DASH, EFMI), et le patient ne sait pas en quoi consistent ces échelles (interrogatoires, tests physiques...).

Les critères d'inclusion et d'exclusion sont mis de manière identique dans la note d'info et dans le protocole, ce qui est trop compliqué et incompréhensible pour le patient.

On retrouve dans cette note d'info une « publicité mensongère » dans le paragraphe bénéfices attendus : « pour vous, les séances d'acupuncture hebdomadaires permettront de réduire la douleur du membre atteint »... j'aurais plutôt indiqué « pourront permettre ».

Concernant les risques prévisibles, il s'agit d'un copier-coller du protocole. Des termes sont donc incompréhensibles pour le patient (pneumothorax, hémithorax, tamponnade, pseudo-anévrisme...).

Les risques sont exprimés avec un manque de précision : « Aggravation des symptômes : 1 à 2% » : lesquels ? La douleur, la raideur ... ?

Page 29 : « cas de la grossesse ». « Si une femme débute une grossesse dans le cadre de la recherche, la grossesse doit être déclarée au promoteur... » mais aucun test de grossesse n'est prévu ni financé.

Au cours de l'étude, on s'assure de l'absence d'événements indésirables cités page 13-14, mais comment faire pour vérifier l'absence de transmission du VIH ou de l'hépatite B, puisque aucun prélèvement sanguin n'est prévu avant et après les séances d'acupuncture. Ces prélèvements sanguins ne sont pas retrouvés dans l'évaluation budgétaire. Ce risque existe-t-il vraiment car les aiguilles sont à usage unique ?

Sans doute n'avons-nous pas été assez attentifs à cette note d'information pour le patient : nous aurions pu corriger si nous avions eu un droit de réponse. Moralité, le parcours sans faute est incontournable. Notre manque d'expérience dans cet exercice d'écriture est manifeste.

- 7- **Rédaction du projet** : les principaux chapitres du projet scientifique (contexte scientifique, objectifs de l'étude, matériels et méthodes, statistiques, ...) sont-ils bien expliqués et bien référencés ? Certains de ces chapitres pourraient-ils être plus détaillés ou, à l'inverse, raccourcis et simplifiés ?

Réponse obtenue : 1/4

Aucune explication pratique n'est donnée sur l'acupuncture : on pique où (dans le membre atteint ou ailleurs ?), combien d'aiguille par patients, combien de temps garde-t-on ces aiguilles ?

Page 12, on nous parle de « sham acupuncture ». Comment faire de l'acupuncture placebo ?

De plus, on nous parle d'événements indésirables sévères suite à l'acupuncture, comme un pneumothorax, hémithorax, tamponnade, thrombose veineuse profonde, pénétration de la moelle ou du tronc cérébral. On nous donne la longueur des aiguilles (2,5 à 4 cm), mais on ne nous dit pas à quelle profondeur on enfonce cette aiguille. Sauf que l'on nous dit qu'on enfonce l'aiguille jusqu'à la perception du « deqi », qui est le « moment où les tissus agrippent l'aiguille », ce qui personnellement ne me parle pas beaucoup !

Beaucoup de phrases incompréhensibles. En voici quelques exemples :

-« l'appareil de moxibustion a une fonction de pénétration et d'ouverture de tous les douze méridiens d'acupuncture, afin que le Qi et le sang puissent s'écouler sans à-coup et que la circulation vitale et sanguine soient réactivées et selon la terminologie chinoise, harmonisées ». Dans le manuscrit, il n'y a aucune explication au préalable des termes « méridiens » et « Qi » ???

-En énumérant les événements indésirables importants pouvant survenir dans l'étude, l'investigateur rapporte : « perte de connaissance : à la piqûre ou à la manipulation des aiguilles, il n'y a pas de collapsus cardio-vasculaire associé, extrêmement rare, les patients se rétablissent complètement ».

- Lors de la description de l'appareil de moxibustion : « la recherche technologique a mis au point un appareil intégrant un émetteur rayonnant dans les infrarouges selon un modèle très proche du spectre de l'armoise, en adéquation avec les thermorécepteurs et les photorécepteurs de l'organisme ».

Dans le synopsis, il manque les critères de non-inclusion.

Echelle fonctionnelle du membre inférieur : on nous indique qu'il existe une version française et on nous fournit en annexe une version en anglais.

Chez l'adulte, la douleur chronique est définie à une douleur évoluant depuis plus de 6 mois (et non 3 mois comme indiqué dans les critères d'inclusions).

Y a-t-il une contradiction entre les critères d'inclusion « traitement pharmacologique optimal prescrit par un rhumatologue ou un médecin référent, soit au moins 2 médicaments de 1^{ère} ligne » et les critères d'exclusion « patient traité par biphosphonates ». Les biphosphonates font-ils partie des médicaments de 1^{ère} ligne ?

Une précision qui nous a manqué et qui montre combien cette écriture ne s'improvise pas, malgré le sérieux apporté : mais la critique reçue et entendue est intéressante pour mieux rédiger les lignes dont nous avons la responsabilité. Pourtant nous avons fait de multiples lectures avec le CIC.

Cela nous invite à réfléchir aux mots utilisés pour dire notre action : ce point mérite sans doute une réflexion collective, peut-être sous la houlette de la société savante.

Premier bilan : un score moyen.

Des 7 items, le score obtenu est de 16,5/30 : ce score joue un rôle essentiel dans la procédure de sélection. Notre dossier «moyen » n'est pas retenu, ce qui ne nous permet pas d'effectuer des corrections pour une lecture ultérieure.

Sont analysés ensuite 3 nouveaux items qui résument cette grille de lecture.

Quels sont les points forts de ce projet ?

- *Eventualité d'une nouvelle thérapeutique dans une pathologie de prise en charge difficile*

La pertinence et l'originalité du sujet est reconnue. S'agit-il d'un encouragement ?

Quels sont les points faibles de ce projet ?

- *Méthodologie qui ne permettra pas de trancher si l'acupuncture est responsable à elle-seule d'un effet positif (car moxibustion associée et traitement médicamenteux non stable pendant la durée de l'étude)*

- *Note d'information*

- *Calcul d'effectif*

- *Pas de description des modalités de l'acupuncture*

On retrouve les remarques précédentes : c'est très pédagogique pour un prochain essai.

Quelles principales modifications vous semblent susceptibles d'améliorer ce projet ?

- *Acupuncture seule, pas de moxibustion*

- *Stabilité du traitement médicamenteux pendant les 12 semaines de l'étude*

- *Calcul d'effectif sur l'étude pilote*

- *Réécrire la note d'information*

- *Décrire l'acupuncture*

Cela pose la question à débattre de l'acupuncture et de la moxibustion, techniques associées, séparables, inséparables ? Ce sont là des questions essentielles de communication : cela nous invite au débat entre nous et à des prises de position fortes au sein de la société savante.

En guise de discussion et de conclusion :

Ces remarques sont reproduites in extenso pour permettre à de futurs promoteurs en recherche clinique en acupuncture d'éviter nos erreurs. La critique possède un intérêt majeur de correction des erreurs, non seulement dans le domaine de la recherche, mais également dans tous nos échanges interprofessionnels, et même auprès des patients.

Nous sommes souvent jugés par des médecins qui ne connaissent rien à l'acupuncture : notre présentation sur la moxibustion n'a pas convaincu, alors que, pour nous, il est évident que la place de la moxibustion dans le SDRC est majeure, voire capitale.

Au delà des critiques, nous voulons entendre un encouragement à poursuivre nos efforts d'écriture.

Le besoin de s'entourer d'une équipe bienveillante dans l'écriture : voilà des compétences à développer en interne.

Peut-être faut-il rechercher des appuis externes auprès, par exemple, du service de rhumatologie qui vient de proposer récemment un exposé, lors d'une EPU, sur les indications validées en acupuncture. En effet, par une étroite collaboration, nous pourrions bénéficier de leur expertise et de leur savoir-faire dans les critères de rédaction de protocoles de soins.

Notre propos était peut-être trop ambitieux avec une pathologie complexe, multifactorielle comme le SDRC!

Mutualiser le travail en acupuncture pour que nous n'ayons pas à toujours tout inventer, tout à réécrire : c'est une piste exigeante, voire utopique, car notre dispersion sur le territoire peut constituer un frein et une lenteur peu compatibles avec la réactivité demandée lors d'un exercice d'écriture. Internet peut proposer des solutions pour améliorer les échanges.

L'actualité de la formation continue nous oblige aujourd'hui à partir de notre quotidien, à regarder nos pratiques, à analyser les difficultés rencontrées, à confronter nos regards avec les apports de la littérature, et peut-être à écrire les référentiels dont nous avons réellement besoin.

Le DPC à venir sera peut-être une articulation entre notre exercice de consultation, un travail de recherche, souvent bibliographique, parfois de recherche clinique et un travail d'écriture.

Le niveau d'exigence est de plus en plus élevé, sans qu'on nous donne souvent les moyens de faire, pour ne pas dire d'exister. Ces moyens en temps et en personnel sont indispensables, quelque soit notre forme d'exercice de la médecine. Le champ de l'acupuncture est vaste. Les travailleurs sont peu nombreux : les acupuncteurs médecins apportent une sécurité sanitaire et un désir de rester inscrits dans le champ de la santé. Encore faut-il les aider à apporter les preuves du service médical rendu.

Les obstacles rencontrés sont parfois justifiés sur le plan de la méthode, mais nous demander des justifications de tout ce que nous faisons sans nous donner les moyens de la recherche, il y a là une difficulté où nous avons besoin d'acteurs de bonne volonté pour soulever aussi les freins d'une médecine qui trop souvent ne valide que ce qu'elle connaît déjà.

Nous tenons à remercier et à rendre hommage à ceux qui nous ont aidé à réaliser ce travail et ainsi à monter sur cette nouvelle marche, ce qui constitue une étape dans l'évolution qui se fait jour de conjuguer des pratiques complémentaires aux soins classiques.

Nous gardons l'espoir de mener à bien dans un avenir proche ce projet avorté : de nos échecs naissent souvent les progrès et les solutions.

Bibliographie :

1. Stephan JM et Goret O. Algodystrophie du genou. Acupuncture et Moxibustion, 2002, 1 (1-2) ,54
2. Goret O. Algodystrophie, GERA 2002.
<http://www.gera.fr/Downloads/Formation_Medicale/MAIN-POIGNET-ET-ACUPUNCTURE/algodystrophie%202002.pdf>
3. Pawlowski B. Neuro-Algodystrophie. Acupuncture 1982, 72 : 29-33, (fra).
4. Schrodi L. Les algodystrophies. Bulletin de l'association de recherche et d'étude des médecines de l'Asie, 1983, 2 : 12-15, (fra).
5. Bidon S. Apport de l'acupuncture dans la prise en charge des algodystrophies ; Premiers résultats d'une étude de cas cliniques. Acupuncture et Moxibustion, 2009, volume 8, numéro 4, 250

Docteur Sylvie Bidon
226, rue Saint Julien
76100 ROUEN
02 35 72 80 15
bidon@free.fr

Docteur Marc Martin
22 rue Boutrolle
76130 Mont-Saint-Aignan
02 35 07 12 06
marc.martin13@wanadoo.fr

