

An abstract painting in a traditional Chinese style, depicting the interior of a building. The composition is dominated by a central circular opening, possibly a window or a doorway, which is framed by ornate, colorful architectural details. The colors are rich and varied, including deep blues, purples, oranges, and yellows, creating a sense of depth and texture. The brushstrokes are visible and expressive, adding to the artistic quality of the image.

L'acupuncture, une médecine intégrée

26 et 27 novembre 2021
ROUEN - Normandie
23èmes journées de la FAFORMEC

faformec-rouen2020.fr

Comité d'organisation OCNA ROUEN 2020 :

Sébastien ABAD

Emmanuelle BAZILLE-CHERON

Sylvie BIDON

Charlotte CLAMAGERAN

Patricia DUCHATEAU

Dorya GOSSELIN

Dominique GUILLEMIN

Marie-France MARIAMET

Marc MARTIN

Josyane MONLOUIS

Clélia MOTTE

Remerciements à :

Marion LEROUGE

Anne VIVIEN

Jean-Marc ZOLLA

REMERCIEMENTS À NOS PARTENAIRES



« Merci est un hommage au passé, une grâce présente et une porte sur le futur »
Pellegrino Soricelli.

Merci à tous ceux et celles qui ont su nous transmettre avec passion leurs immenses connaissances, leur grande expérience de l'acupuncture, pour nous permettre de pratiquer cet art avec enthousiasme ; tous ceux et celles sans lesquels ces journées n'existeraient pas.

Merci à tous ceux et celles qui ont répondu présent pour ces 23èmes journées de formation malgré les difficultés posées par la crise sanitaire actuelle. Ce fut un pari de les reporter d'un an. Aujourd'hui, pari réussi, grâce à vous tous.

Mille mercis à toute l'équipe organisatrice qui a su espérer et continuer à travailler sur le projet au cours de ces mois de doute et qui a découvert les « joies » et les contraintes des réunions Zoom du samedi ; à leurs proches qui les ont supportés.

Merci à tous ceux et celles qui nous ont fait confiance et aidé à relever le défi.

Tout particulièrement aux Prs Freger et Veber, Doyens de la Faculté de Médecine de Rouen qui ont bien voulu nous accueillir en son sein pour un 3^{ème} congrès en 20 ans. Et à tout le personnel de la faculté mobilisé pour la bonne tenue de ces journées.

A Monsieur Hervé Morin, président de la Région Normandie pour l'intérêt qu'il porte à la reconnaissance de l'acupuncture dans le système de soin français.

Aux entreprises et laboratoires qui en prenant part à cette manifestation nous témoignent leur fidèle soutien.

Aux orateurs et oratrices qui nous ont suivi et ont accepté dans un même mouvement de reporter d'un an leur présentation.

A nos collègues médecins et sages-femmes non acupuncteurs qui nous prouvent leur confiance en proposant des soins d'acupuncture à leurs patients et en participant à ces journées.

Enfin, à vous tous participants qui par votre présence physique ou numérique contribuez à faire de ces journées, en toute amitié et convivialité retrouvée, un échanges de pratiques, de réflexions et de confrontations de nos expériences.

Et merci à toute cette jeune génération d'acupuncteurs, médecins et sages-femmes présents au congrès. Nous espérons qu'ils trouveront dans ces journées toute l'émulation pour continuer à porter et défendre la place de l'acupuncture dans le parcours de soin.

Pour tous les membres de l'OCNA-ROUEN 2020
Dr Sylvie Bidon
Présidente

Mot du président de la FAFORMEC, Fédération des Acupuncteurs pour leur FORMation Médicale Continue

Dr Marc Martin

Quelle joie de vous accueillir aujourd'hui pour ces 23 èmes journées de formation à Rouen, dans notre belle région normande. Cette Troisième édition en 20 ans réunissant en Normandie les membres de la Faformec et du monde de l'acupuncture médicale au sein même de la faculté de médecine, de l'UFR santé Rouen-métropole, a dû être reportée en 2020 en pleine tourmente sanitaire.

Depuis mars 2020, la vie associative a subi les contraintes du confinement et les réunions annuelles des différentes associations se sont vues empêchées. Nous avons été privés de ces rendez-vous qui marquent une appartenance professionnelle.

Sans doute faut-il rappeler l'histoire de la FAFORMEC à l'heure où la relève s'effectue et où nous nous réjouissons de voir, comme aujourd'hui, de jeunes acupuncteurs nous rejoindre. Ils sont les bienvenues dans cette maison commune.

L'acupuncture pour les médecins nécessite une formation exigeante avec un cursus universitaire de trois années sanctionné par un diplôme d'initiation à l'acupuncture médicale, puis par les deux années de Capacité Médicale. A côté de nous, la main dans la main, nous collaborons avec les sages-femmes acupunctrices : nous partageons avec elles l'organisation de la formation comme des échanges substantiels lors de nos congrès respectifs.

Nous restons pleinement médecins, sages-femmes, dans la lignée des médecins chinois et orientaux qui ont pensé, transmis un savoir faussement immuable, tant les connaissances accumulées au fil du temps se sont constamment enrichies des autres savoirs médicaux du temps.

Aujourd'hui, la pratique de l'acupuncture est planétaire, largement répandue dans le monde médical. La France a placé l'exercice de l'acupuncture dans le champ médical : c'est une situation partagée avec de nombreux pays latins. Cette situation envisage toute pratique de l'acupuncture en dehors des professions médicales comme un exercice illégal. Notre préoccupation est de définir les conditions optimales en termes de sécurité pour le patient.

Depuis 30 ans, l'enseignement de l'acupuncture médicale longtemps assurée au sein d'écoles privées est passé sous l'égide de l'université. Puis face à l'obligation d'une formation continue dans les années 1996, fédérer les différentes associations professionnelles s'est avéré utile pour souligner l'engagement d'une profession pour sa propre formation et répondre aux attentes des tutelles.

Nous avons consacré des moyens importants dans la création d'outils mis à la disposition de la profession, notamment avec une banque des données de l'évaluation aujourd'hui disponible en ligne, le Centre de Preuves en Acupuncture.

La création d'une société savante, le Collège Français d'Acupuncture et de Médecine Traditionnelle Chinoise nous a permis de se doter d'une interface indispensable pour une parole professionnelle crédible. Les travaux conjoints entre la FAFORMEC et le CFA-MTC nourrissent une réflexion commune, les mêmes acteurs siégeant souvent dans les deux entités.

Le CEFAM, Collège des Enseignants Francophone d'Acupuncture Médicale regroupe les enseignants et les maîtres de stage et assure, avec l'appui d'hospitalo-universitaires une coordination indispensable de l'enseignement initial.

Le Syndicat National des Médecins Acupuncteurs Français a souvent été à l'initiative d'une organisation raisonnée de la profession. Les 4 entités collaborent ensemble autour du Collège National Professionnel-médecins acupuncteurs qui peut être le porte-parole auprès de nos tutelles, qu'il s'agisse des ARS ou du Ministère de la Santé.

Nous avons aussi poursuivi les liens internationaux d'une part avec l'ICMART (International Council of Medical Acupuncture and Related Technique) créé en 1983, la WFAS (World Federation of Acupuncture Societies) créée en 1987, et plus récemment avec la SAR (the Society for acupuncture research).

Aujourd'hui, ces journées de formation vont nous offrir de belles occasions pour échanger, débattre autour du thème retenu sous la forme d'une question ouverte : « l'acupuncture, une médecine intégrée ? ».

L'actualité récente montre des évolutions favorables : de nouvelles recommandations par nos confrères, l'entrée dès le deuxième cycle des études médicales de présentations sur les interventions dites non médicamenteuses. Les thèmes abordés en oncologie, en gynécologie, en obstétrique, sur la prise en charge de la douleur souligneront la place que nous occupons dans l'arsenal thérapeutique d'une médecine ouverte et plurielle. Place sera faite au débat d'idées sur les questions d'avenir dans un dialogue instauré depuis des années avec nombre de médecins, libéraux ou hospitaliers, hospitalo-universitaires pour certains, qui, avec nous, défendent la médecine au service des patients.

Au nom de la Faformec, j'adresse tous mes remerciements aux soutiens de tout genre qui permettent la présence de médecins et sages-femmes acupuncteurs aujourd'hui dans l'enceinte de la faculté de médecine, sans oublier les kinésithérapeutes, les chirurgiens dentistes, les vétérinaires.

Je tiens à remercier l'équipe locale qui s'est mobilisée avec la ténacité de sa présidente et avec toute l'énergie de chacun de ses membres pour créer une manifestation qui, je l'espère, marquera l'inauguration d'une nouvelle période, celle où l'acupuncture médicale trouvera sa place naturelle dans l'offre de soins, riche de son passé, forte de ses validations scientifiques et de son efficacité, forte de sa pertinence, forte de sa sécurité d'utilisation.

A chacun, je souhaite un très bon congrès, riche de découvertes et de rencontres, propice au développement de l'acupuncture médicale et à son intégration aux soins médicaux.

*Avec mes très sincères remerciements
pour l'excellente après-midi extrêmement riche
que j'ai passée grâce à vous. Vous m'avez fait connaître
une discipline très ancienne mais encore pleine d'espoir.*

*Vous essayez de « standardiser » et de « proto-
coliser » votre discipline pour être mieux reconnus.*

*Vous avez les moyens de le faire et vous avez
sans doute raison mais surtout... continuez à exercer
votre art dans toute sa diversité et sa richesse.*

Né « limitez » pas cette richesse.

Pr Christian Thuillez,
ancien doyen de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen,
ancien président de la Conférence des doyens.
Congrès de la FAFORMEC à Rouen, 8 décembre 2000

Dr Sandrine Mezzani

J'ai découvert l'acupuncture suite à un petit courrier tendu dans le service de chimiothérapie par Mme V.F. en 2015. Le Docteur Bidon me proposait alors de découvrir sa spécialité.

Etant curieuse et soucieuse du bien-être de mes patients d'oncologie, j'ai pris contact et j'ai découvert une équipe rouennaise très dynamique, dévouée, une vraie rencontre.

Ce fût la rencontre avec une thérapeutique nouvelle, dont je ne soupçonnais rien, fonctionnant sur de mystérieux méridiens.

Cela m'a permis de constater à quel point l'acupuncture était utile pour accompagner les soins des patients en oncologie et radiothérapie, que ce soit pendant ou après les traitements.

Proposer des soins d'acupuncture à mes patients sous chimiothérapie est devenue une évidence, afin notamment de gérer les nausées et vomissements, les troubles du sommeil et l'anxiété. Mais également d'accompagner les effets secondaires des traitements de type hormonothérapie. Merci l'acupuncture pour la gestion des bouffées de chaleurs sous anti aromatasés !

Mais je laisse le soin à mes confrères experts d'adapter leurs soins dans l'intérêt de nos patients communs.

J'apprécie aussi la continuité des soins qu'offre l'acupuncteur après la fin des traitements, il permet de maintenir un lien avec le milieu médical et d'accompagner au mieux la récupération aussi bien physique que psychologique si difficile après traitements.

Je suis donc devenue une enthousiaste du support apporté par l'acupuncture aux patients que je suis, et je remercie sincèrement Mme V.F. et l'équipe rouennaise de me l'avoir fait découvrir.

Docteur Sandrine Mezzani
Oncologue, radiothérapeute
Centre Joliot-Curie
Rouen

LA CANCÉROLOGIE INTÉGRATIVE, UNE NOUVELLE MÉDECINE ?

Dr Stéphanie Träger

La santé, selon la définition de l'OMS, est un « état de complet bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Pour répondre à ce contexte et à ce besoin de complet bien être, s'est développé en oncologie le concept de médecine intégrative. Les soins de santé intégratifs combinent des approches conventionnelles et complémentaires de manière coordonnée entre différents prestataires et institutions (National Center of Complementary and Integrative Health).

En France, ce sont les soins oncologiques de support (SOS) qui sont le maillon essentiel de cette intégration de part leurs missions et leurs organisations. Les SOS sont « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves » (Plan cancer 2003-2007, mesure 42).

Les SOS comprennent :

- les pratiques conventionnelles basées sur des preuves établies par des méthodes scientifiques avec des niveaux de preuves suffisants.
- les pratiques complémentaires dont le niveau de preuve scientifique est insuffisant. Elles peuvent être perçues comme efficaces par la plupart des personnes malades qui y ont recours. Ces pratiques nécessitent donc de développer des méthodes d'évaluation validées (notamment dans le domaine des sciences humaines et sociales). L'objectif à terme, pour certaines d'entre elles, est de les identifier comme des pratiques conventionnelles recommandables en toute sécurité pour les patients (ce qui a été le cas par exemple de l'activité physique adaptée)

La coordination développée dans le cadre d'une démarche participative pluridisciplinaire et pluri professionnelle est un élément fondamental du fonctionnement des SOS.

La cancérologie intégrative est une autre façon de parler d'une médecine plus humaine, sans clivage qui revalorise le temps de communication, de concertation et repositionne le lien social comme principe thérapeutique essentiel.

Dr Stéphanie Träger, oncologue médicale, Equipe mobile de soins palliatifs - Centre Hospitalier Rives de Seine, Puteaux

Membre du CA de l'Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS)

s.trager@orange.fr

Présentation du fascicule du CFA-MTC

"Acupuncture en oncologie. Données probantes justifiant l'utilisation de l'acupuncture dans les soins de support"

Dr Sylvie Bidon

Introduction

L'Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS) a établi un référentiel à destination des malades et des soignants intitulé «**Acupuncture et cancer**» recensant les indications de l'acupuncture en oncologie (www.afsos.org/fiche-referentiel/lacupuncture-onco-hematologie). Le recours à cette thérapeutique - classée aujourd'hui parmi les interventions non médicamenteuses - de plus en plus plébiscitée par les patients, fait l'objet de nombreuses publications scientifiques à haut niveau de preuve et de recommandations des sociétés savantes. Pour éclairer les patients et l'ensemble des soignants, le Collège Français d'Acupuncture (CFA-MTC) a édité un fascicule sur les données probantes justifiant l'utilisation de l'acupuncture en oncologie.

Méthodologie

A partir du recueil des données issues de la base bibliographique PubMed et celles répertoriées dans le Centre de Preuves en Acupuncture développé conjointement par le Collège Français d'Acupuncture (CFA-MTC), la Fédération des Acupuncteurs pour leur Formation Médicale Continue (FAFORMEC) et le Groupe d'Etudes et de Recherches en Acupuncture (GERA), sont retenues les dernières revues systématiques (RS) ou méta-analyses (MA), les recommandations des sociétés savantes, des essais cliniques randomisés (ECR) non encore inclus dans une MA ou une RS, disponibles à la date de rédaction du fascicule pour les indications du référentiel.

Le fascicule est disponible sur le site : www.acupuncture-medic.fr

Hypnose et acupuncture

Dr Jean-Michel Hérin

« L'Evidence Based Medicine », médecine basée sur des preuves, est la base de l'anesthésie pratiquée de nos jours. Il convient d'appliquer des protocoles basés sur des études randomisées. Cela donne un cadre d'exercice balisé, où il suffit d'appliquer des règles de bonne conduite, ce qui est plutôt confortable et sécuritaire, mais laisse peu de place à l'intuition thérapeutique.

L'hypnose et l'acupuncture permettent d'être plus dans l'intuition. Elles permettent d'offrir une qualité de présence, une qualité d'écoute, aux patients rencontrés.

Les patients sont souvent dans un état de vulnérabilité qui les rend extrêmement suggestibles. Notre souhait de bien les accompagner est une intention, le *Yi*. Cette intention développe notre intuition thérapeutique.

François Cheng (4), dans « Souffle, Esprit » parle du *Yi*, cette intention du calligraphe avant le geste calligraphique, qui est aussi notre intention de soigner.

Les patients viennent pour des consultations d'hypnose, ou d'acupuncture.

Selon les préceptes de « La chanson des dix questions de Zhang Jingyue » va dégager une « ambiance » Foie, Coeur, Rate, Poumon, ou Rein ou bien une typologie (12). On peut également faire des diagnostics de vide, de plénitude, d'organes, de méridiens, selon les huit règles thérapeutiques. L'interrogatoire de l'hypnopratiquant mêle l'écoute, l'observation, le « recadrage » et active, dès ce stade, la ressource des patients, en recherchant ce qui leur fait plaisir dans la vie, ce qui les anime.

Milton Erickson appliquait la règle « des trois O », OBSERVER, OBSERVER, OBSERVER, puis UTILISER.

Utiliser tout le matériel que donnent les patients, en précisant bien que l'on ne traite pas un symptôme, mais une personne, dans sa trajectoire de vie, dans son système de vie, au moment précis de la consultation.

Un diagnostic énergétique va être établi, dont découlera la puncture de points. Pendant le temps d'application des aiguilles est proposée « une petite expérience », qui utilise tout le matériel recueilli auprès des patients, et consiste en un apprentissage de l'autohypnose.

Pourquoi coupler les deux ?

L'hypnose fait intervenir différents mécanismes de la neuromatrice algique où le cortex cingulaire antérieur joue le rôle central par modulation du cortex préfrontal, du thalamus, de l'insula, de l'amygdale, de l'aire somesthésique 1 et mise en jeu des systèmes de contrôles inhibiteurs descendants par le noyau gris périaqueducal et de l'action sur les systèmes adrénergique ou cholinergique, etc.

Les études réalisées par Rainville et al., Faymonville et al.(6) objectivent que l'hypnose intervient donc essentiellement sur le système limbique et en particulier sur le cortex cingulaire par modulation du système inhibiteurs descendants noradrénergique et cholinergique.

L'hypnose potentialiserait ainsi l'effet de l'acupuncture qui, outre d'agir sur les mêmes structures limbiques, aurait une action plus complète. Outre une action périphérique, médullaire, supraspinale

et centrale, l'acupuncture touche en plus le système opioïde, qui n'intervient pas dans l'hypnose (5) (11).

Le stress, avec son cortège de réponses de l'organisme, peut parfaitement être canalisé par l'acupuncture. L'acupuncture expérimentale explique l'action cybernétique des points qui agissent aussi bien sur l'axe hypothalamo- hypophyso-surrénalien et la libération principale de CRH (corticotropin-releasing hormone) que sur la mise en jeu des phénomènes de transduction avec ses nombreuses molécules informationnelles. De ce fait, l'acupuncture a un rôle essentiel à jouer dans la médecine moderne occidentale et doit absolument trouver sa place dans la panoplie thérapeutique (11).

On parle de plus en plus du rôle des systèmes sympathiques et parasympathique, en particulier dans les syndromes de stress post traumatique (N. Tarquis L'Encéphale, 2006 ;32:377-84, cahier 1)

Une étude a montré que l'état d'empathie, chez des soignants, active exactement les mêmes zones que les zones activées en état d'hypnose (3). On ne peut pas être dans le soin sans se placer dans une bulle commune avec les patients.

La MTC va parler d'accorder les souffles des soignants et des patientes, alors que les hypnopratiquants parleront de pacing .

En s'y attardant un peu il est possible de créer de nombreux ponts entre MTC et hypnose.

Examinons la notion des « Trois Trésors » (8) que sont le *qi*, le *jing* et le *shen*, largement développée par François Cheng dans les « Cinq méditations sur la Beauté ».

Avec des mots simples, on peut expliquer ces notions aux patients : le *qi* est le Souffle vital, qui maintient les tissus, qui fait circuler ce même Souffle, dans le corps et dans l'esprit, qui assure la défense de l'organisme.

Le *jing* est l'Essence vitale.

Le *jing* inné est l'Essence vitale provenant de nos ascendants. Notre hérédité en quelque sorte. Le *jing* inné est la manière dont nous nourrissons notre vie. Le *jing* inné est déposé sur *mingmen*.

Nous nourrissons notre *jing* acquis selon trois modalités.

Notre corps est nourri avec l'alimentation, qui fait partie intégrante de la MTC.

Nous nourrissons également notre esprit en observant de belles images, dans des expositions, de beaux paysages là où nous vivons, en écoutant de belles musiques, de belles paroles, de belles voix, des beaux sons, comme celui de la montagne, de la campagne ou de la mer. La lecture, et en particulier la lecture de poésie, de philosophie, nourrit l'esprit. On retrouve l'importance accordée à l'art et la beauté par Ernest Rossi (9), ainsi que les notions artistiques d'harmonie, d'équilibre. La santé se définit également par l'harmonie des cinq éléments, en relation avec les couleurs, les sons, les souffles, les saveurs, qui leur sont reliées. L'équilibre du sujet avec le monde dans lequel il évolue est un également indicateur de sa santé mentale et sociale.

On nourrit le Coeur en vivant en harmonie avec les personnes qui nous entourent dans notre couple, notre famille, nos amis, notre milieu professionnel.

Le *shen* est la conscience organisatrice, le mandat céleste, qui se dépose sur le miroir du Coeur quand il est pur, vide et sincère. Les philosophies soufistes parlent de « polir le miroir du coeur » pour élever l'âme .

On dit que l'éclat du regard est le miroir du *shen*.

Je crois beaucoup à l'échange de regards pendant une rencontre, médicale ou non. On peut y trouver une sorte de reconnaissance, de compréhension mutuelle.

La consultation d'hypnose ne se limite pas à « faire une séance d'hypnose ». La parole du patient, l'écoute bienveillante ont déjà une action thérapeutique. Nous verrons que le thérapeute sera amené à prescrire des « tâches thérapeutiques » ayant également une action sur le chemin de vie des patients.

La consultation d'acupuncture va soigner, prendre soin, restaurer les trois trésors par la puncture de points. Quel que soit le domaine d'application, cela constitue la base du traitement.

Certains points peuvent être chauffés par des moxas, par des bouillottes, sans oublier l'intérêt des rayons du soleil en été. Peut-on parler d'héliopuncture ?!

Ces points sont également activés par des pratiques corporelles comme le *qi gong*, le *tai qi*, le Yoga, dont la pratique régulière sera encouragée.

L'hypnose peut travailler sur les trois trésors en utilisant des métaphores. Activer, restaurer le *qi*, cette étincelle de vie, le faire circuler, en se connectant au *shen*, la conscience organisatrice, notre disque dur, la sagesse universelle, en faisant vibrer l'âme par la sensorialité, en correspondance avec les cinq éléments, dont nous allons restaurer l'harmonie, l'équilibre, en allant puiser dans le *jing*, notre essence vitale innée et acquise, notre réservoir de ressource.

On peut imaginer une analogie entre le *jing* et l'esprit inconscient des hypnothérapeutes. Celui-ci n'a rien à voir avec l'inconscient de Freud. Il s'agit d'un espace mental d'apprentissages, générationnels, personnels, d'un espace de ressource, de solutions, que la séance d'hypnose va activer.

Nous sommes ici dans le cœur du traitement, quel que soit le motif de consultation. Le soin se fait dans la profondeur de l'être.

On peut également s'intéresser à la notion de Ciel antérieur et de Ciel postérieur. Le Ciel antérieur est le non manifesté. On peut y retrouver encore la notion d'esprit inconscient, ce que l'on va activer, ce qui va devenir, ce qui va advenir, qui va passer dans le manifesté.

Deux mots : *bian* et *hua*, ont déclenché cette réflexion.

bian est le changement.

hua est la métamorphose.

Paul Watzlawick, dans « Le langage du changement », décrit la notion de changement de type I et de type II. Dans le film : « Dans la vie de John Malkovich » le héros travaille dans un bureau où le plafond est à environ 1,60m du sol. Les employés y travaillent en se courbant, afin de s'adapter à la hauteur sous plafond, adaptée à l'épouse du propriétaire, qui est de petite taille.

Le changement de type I consiste à s'adapter à cette configuration. Le changement de type II consiste à changer d'étage.

Une autre métaphore : vous faites un cauchemar. Le changement de type I, consiste, dans votre cauchemar, à trouver une solution pour sortir de ce cauchemar. Le changement de type II consiste à se réveiller !

bian serait le changement de type I. *hua* serait le changement de type II.

Hypnose, acupuncture, conduisent toutes deux les patients d'un état vers un autre état, plus adapté aux circonstances du moment, *ici et maintenant*, où nous les rencontrons. La guérison conduit toujours les patients vers un changement. François Roustang (10) dit « Ce que l'on nomme guérison est toujours alors l'effet de l'invention d'une nouvelle modalité d'existence ». Cela évoque volontiers la créativité des *hun*, la création du *zhi*, la mise en mouvement liée à la Vésicule biliaire, et l'effec-tuation par le Rein.

L'hypnose travaille beaucoup sur la sensorialité : Visuelle, Auditive, Kinesthésique, Olfactive, Gustative, le VAKOG des hypnopratiquants, dont on observe les multiples correspondances avec les cinq éléments de la MTC.

L'hypnose travaille sur les émotions. L'acupuncture sur les sentiments. Dans « La fin de la plainte » François Roustang (10) évoque les quatre modalités qui permettent à l'homme de se mouvoir avec aisance dans la vie : la sensorialité, la corporéité, les sentiments et le langage, verbal, paraverbal, non verbal, des patients ainsi que toutes les techniques de communication dans le soin, de communication sur le mode hypnotique.

La MTC décrit plusieurs modalités de parole. Le mental est la parole du *qi*. Le verbe est la parole du *jing*. La détermination est la parole du *shen*.

En consultation les patients viennent parfois pour de l'hypnose, et je leur « fais » de l'acupuncture. Parfois ils veulent de l'acupuncture et je leur « fais » de l'hypnose.

Il est des cas où la prise de contact occupe tout le temps de la consultation. Les patients manifestent pourtant des signes d'amélioration lors la deuxième rencontre.

La première consultation se fait toujours avec le double regard de l'acupuncteur et de l'hypnothérapeute. Il va s'en dégager des « canaux de communication », visuelle, auditive, kinesthésique.

L'acupuncteur mène l'interrogatoire selon « la chanson des dix questions » (1), en observant, en écoutant, en palpant, en sentant. Il en dégagera une « ambiance » Foie, Coeur, Rate, Poumon, Rein, ou une typologie, *tai yang* ou *tai yin*, *shao yang* ou *shao yin*, *yang ming* ou *jue yin*.

L'hypnothérapeute va plonger le patient dans une transe hypnotique, en spécifiant qu'il s'agit d'une méthode d'apprentissage des techniques d'autohypnose.

L'acupuncteur va poser des aiguilles.

Il est possible de faire une transe hypnotique pendant le temps de pose des aiguilles. Il s'agit d'une séance d'apprentissage de l'autohypnose, où sont enseignées les techniques d'analgésie, comme le gant magique, ou les lieux de sécurité et où sont prescrites de tâches thérapeutiques.

Les patients peuvent apprendre à observer leur langue. Cela les rend actifs dans leur processus de traitement. Ils expérimentent le fait qu'observer induit forcément un changement.

Des bouillottes, sur 4DM, ainsi que sur 4RM et 6RM, sont prescrites quotidiennement en prenant soin de leur expliquer qu'une bouillotte est l'équivalent d'une séance d'acupuncture. S'ils ne le font pas, c'est comme s'ils ne prenaient pas un médicament. Ils se rendent compte, de toute manière, que cela leur fait un bien fou, quel que soit leur âge.

L'apprentissage des auto-massages, ou mouvements inspirés du *qi gong* ou du Yoga est également intéressant.

Ayant la chance d'habiter en Bretagne, je prescris beaucoup d'aller marcher au bord de la mer, d'observer les couleurs, la lumière, le bruit des vagues, du vent, de mettre l'intention sur la sensation du sable sous les pieds, activant les processus d'enracinement, de respirer, de s'imprégner de l'odeur de la mer. ..

Des lectures, des films et autres tâches, en apparences incongrues, vont stimuler leur créativité : pratiquer tout ce qui leur fait du bien, de la musique, du sport, de la danse, de la broderie, du tricot, du bricolage, de la cuisine.

Même dans des circonstances dramatiques comme en oncologie, je leur demande de faire en sorte que, chaque soir, en se couchant, ils puissent se dire qu'ils ont passé une bonne journée, que chaque jour ils aient eu un petit plaisir.

L'autohypnose doit être pratiquée quotidiennement. Plus elle est pratiquée, plus les patients s'approprient l'outil hypnotique, plus il sera performant.

Les patients sont par exemple invités à s'installer sur un nuage de confort, qui épouse la forme de la nuque, du dos, du bas du dos, des épaules, des coudes des poignets, jusqu'à l'extrémité de chacun des doigts, et même plus loin encore. On active ainsi par l'intention, les *points shu antiques* du membre supérieur. Le nuage de confort épouse la forme des hanches, des genoux, des chevilles, des doigts de pieds, et même plus loin encore. On active ainsi par l'intention, les *points shu antiques* du membre inférieur.

Ce nuage permet de faire un tas de métaphores.

J'aime beaucoup la calligraphie, en particulier celle du terme japonais, dit « Hakanaï », qui caractérise une brume, flottante, en suspension, en train de se transformer, d'où émergent des lumières, des formes, des vérités. Cela décrit parfaitement l'état hypnotique ou l'état dans lequel on se trouve pendant la pose des aiguilles d'acupuncture, ce silence où l'on observe, on rêve, on revient, ces allers-retours entre rêverie et réalité.

La métaphore du nuage introduit celle du cloud de Apple, notre disque dur interne qui va faire les réglages, les mises à jour, les sauvegardes, qui va télécharger les bonnes applications, supprimer les applications obsolètes .

Merci à Marc Martin et Jean-Marc Stephan pour leur aide précieuse

(1) Bernard Auteroche

http://www.gera.fr/Downloads/Formation_Medicale/le-diagnostic-en-acupuncture/Interrogatoire/auteroche-8930.pdf

(2) Jean Becchio

Tchouang Tseu, Hypnos et Confucius

Revue Hypnose et thérapies brèves Février Mars Avril 2008

(3) Matthew Botvinick

Botvinick M, Jha AP, Bylsma LM, et al. Viewing facial Expressions of pain engages cortical areas involved in the direct experience of pain. Neuroimage 2005 ; 25 (1) : 312-9.

(4) François Cheng

« Les cinq méditations sur la beauté »

« les Cinq méditations sur la mort, autrement sur la vie »

« De l'âme »

« Souffle, Esprit »

(5) Philippe Cuvillon

https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/hypnose_et_anesthesie_en_2019_etat_de_l_art_philippe_cuvillon_nimes_.pdf

(6) Marie Elisabeth Faymonville
Vanhaudenhuyse,&Laureys,&Faymonville.&Clinical&neurophysiol&2014:&44:&343T53&
Prise en charge par hypnose de la douleur aux urgences

(7) Alexandro Jodorowsky
« Le théâtre de la guérison »

(8) Elisabeth Rochat de la Vallée
« 101 notions de médecine chinoise »

(9) Ernest Rossi
<http://ernestrossi.com/documents/frenchfreebookver1.pdf>

(10) François Roustang
« La fin de la plainte »

(11) Jean-Marc Stephan
<https://meridiens.org/acuMoxi/STEPHAN-ANATOMIE-POINT.pdf>

<https://acupuncture-medic.fr/wp-content/uploads/2018/09/02-Acupuncture-experimentale-et-stress-STEPHAN.pdf>

(12) Caroline Viry
« Les méridiens extraordinaires et « Les femmes en chantées » à travers la pathologie
Revue de l'Association Française d'Acupuncture (RFA) No179 2019
« Typologie de la femme enceinte » RFA No 150, No152 2013

Jean Michel Hérin
« Le jaune et le noir, Hypnose, acupuncture en anesthésie » Ed SATAS
« Couleur Chronique » Ed SATAS
« Nuagismes » Ed SATAS
<https://www.topmusic.fr/podcasts/623-podium-32---le-parcours-de-jean-michel-herin.html>
Page Facebook : couleur chronique

Dr Jean-Michel Hérin
Médecin anesthésiste, hypnose, acupuncture
Hôpitaux de Douarnenez et Quimper
acuhypnose@gmail.com

L'efficacité de l'association d'acupuncture adaptée à la différenciation du syndrome MTC dans le traitement des neuropathies secondaires à la chimiothérapie

Dr Reghina Pătru, Dr Angela Tudor

La douleur par neuropathie périphérique générée par la chimiothérapie est souvent une cause d'invalidité.

L'acupuncture ne peut être particulièrement efficace dans le traitement de cette pathologie que lorsque la prescription de points appliqués est le résultat d'une réflexion diagnostique claire et d'une différenciation correcte du syndrome MTC.

Dans les cas les plus courants, les syndromes MTC qui apparaissent à la suite de la chimiothérapie et qui se manifestent par des douleurs neuropathiques périphériques sont:

1. Stase du Sang;
2. Glaires-humidité-froide dans le Poumon
3. Vent-Froid dans le Poumon
4. Vent-Chaleur dans le Poumon

La combinaison de l'acupuncture dans le traitement du patient atteint de cancer en même temps que le traitement de chimiothérapie peut améliorer la douleur neuropathique et augmenter la qualité de sa vie.

Conclusion:

- Tous les protocoles de traitement pour les patients recevant une chimiothérapie devraient inclure l'acupuncture et ses techniques connexes.

Mots-clés: neuropathie, chimiothérapie, syndrome MTC, acupuncture

Introduction

Cette étude vise à découvrir et à utiliser les connaissances et les ressources thérapeutiques de la Médecine Traditionnelle Chinoise (MTC) pour prévenir, ou réduire, les effets secondaires indésirables de la chimiothérapie.

Pour atteindre cet objectif, nous devons identifier les processus physiopathologiques induits par la chimiothérapie et les expliquer en termes de la MTC.

Les traitements anticancéreux modernes incluent la chimiothérapie, qui contribue grandement à limiter la propagation des tumeurs et peut même conduire à la guérison.

Par conséquent, la chimiothérapie ne peut être évitée dans le traitement du cancer!

Nous ne pouvons contribuer à contrer les effets secondaires de la chimiothérapie que par une bonne compréhension des déséquilibres qu'elle produit, ce qui nous conduira à des mesures préventives efficaces.

Peut-être l'effet secondaire le plus important, indésirable, et qui peut conduire à divers degrés d'invalidité du patient traité avec ces substances, est la polyneuropathie périphérique.

Les agents chimiothérapeutiques peuvent affecter la structure du système nerveux et, selon les composants de chacun, peuvent provoquer une variété de neuropathies (peuvent affecter tous les types de fibres nerveuses, nerfs moteurs et sensitifs, peuvent provoquer une démyélinisation axonale).

Les effets de la chimiothérapie sur le système nerveux varient selon les classes de médicaments, selon les propriétés spécifiques, physiques et chimiques, du médicament utilisé et selon l'administration unique ou cumulative des doses.

La MTC est une médecine éminemment clinique, dans son approche diagnostique le médecin doit être très attentif aux détails. A partir de l'analyse des manifestations cliniques, nous pouvons attribuer les changements résultant de la chimiothérapie à un déséquilibre énergétique d'un organe vu comme un système et, en raison de ses relations avec d'autres organes, nous apprécions également le déséquilibre de l'organisme entier.

L'étude de la symptomatologie d'une part, et de la physiopathologie au niveau cellulaire d'autre part, nous a conduits à des interprétations surprenantes et à une parfaite imbrication des connaissances de la MTC avec les changements que la chimiothérapie induit dans la cellule nerveuse.

Tout cela nous a conduit non seulement à sélectionner le traitement le plus efficace, mais aussi à choisir le moment le plus approprié pour appliquer le traitement choisi, et à des propositions de collaboration entre l'oncologue et le médecin de MTC.

Dans les cas les plus courants, les syndromes de la MTC qui surviennent après la chimiothérapie et se manifestent par des douleurs neuropathiques périphériques sont:

1. Stase du Sang;
2. Glaires-humidité-froide dans le Poumon
3. Vent-Froid dans le Poumon
4. Vent-Chaleur dans le Poumon

1. Les effets de la chimiothérapie sur les nerfs périphériques.

Nous appelons neuropathie causée par des agents antinéoplasiques la neuropathie périphérique induite par la chimiothérapie (NPIC). La prévalence des agents de la NPIC dans les cas rapportés varie de 19% à plus de 85% et est la plus élevée dans le cas des médicaments avec dérivés du platine 70% - 100%, taxanes 11% - 87%, thalidomide et analogues 20% - 60% et ixabépilone 60% - 65%. La toxicité peut survenir à la fois après une dose unique et sous forme d'effet cumulatif après une exposition prolongée à plusieurs doses [1].

Les symptômes observés varient en intensité et en durée et sont classifiés d'aigus à chroniques, qui sont en fait des changements permanents dans la structure des nerfs périphériques accompagnés de douleurs chroniques et de changements irréversibles. Les dernières études montrent une prévalence de la NPIC d'environ 68,1% mesurée dans le premier mois après la chimiothérapie, 60% à trois mois et 30% après 6 mois [1].

Cliniquement, la NPIC se manifeste par des déficits sensoriels, moteurs et/ou autonomes d'intensités différentes [3]. Les symptômes sensoriels se développent généralement en premier, impliquent les pieds et les mains et se présentent généralement sous la forme d'une neuropathie typique « gants et bas », les parties les plus distales des membres présentant les déficits les plus importants. Les symptômes comprennent des engourdissements, des picotements, une sensation altérée du toucher, des paresthésies et des dysesthé-

sies induites par le toucher du chaud ou du froid, une sensation de froid qui ne cède pas au port de vêtements épais ou d'un environnement chauffé.

Les symptômes moteurs sont moins fréquents que les symptômes sensoriels et se manifestent généralement par une faiblesse distale, des troubles de la marche et de l'équilibre. Les symptômes de la NPIC comprennent des paresthésies sous forme de sensation de froid des mains et des pieds, des dysesthésies pharyngolaryngées, des spasmes des mâchoires, des fasciculations et des crampes musculaires [7]. Ces symptômes ont un impact marqué et souvent sous-estimé sur la qualité de la vie et la sécurité, par exemple, les patients cancéreux qui développent une NPIC sont trois fois plus susceptibles de tomber [4]. Dans les cas graves, la NPIC peut entraîner une parésie, une immobilisation complète du patient et un handicap sévère [5].

Les médicaments chimiothérapeutiques qui exercent des effets neurotoxiques sur le système nerveux périphérique sont utilisés comme médicaments standard de routine contre les types de cancer les plus courants. Six groupes principaux d'agents causent des dommages aux neurones autonomes sensoriels, moteurs et périphériques, conduisant au développement de la NPIC : antinéoplasiques à base de platine (en particulier oxaliplatine et cisplatine), vinca-alkaloïdes (en particulier vincristine et vinblastine), épothilones (ixabépilones), taxanes (paclitaxel, docétaxel), inhibiteurs de protéasome (bortézomib) et des médicaments immunomodulateurs (thalidomide) [2].

Le pathomécanisme par lequel la chimiothérapie affecte les structures du système nerveux et provoque la NPIC est multifactoriel et implique une perturbation des microtubules, un stress oxydatif et des dommages mitochondriaux, une altération de l'activité du canal ionique, des dommages à la gaine de myéline, des dommages à l'ADN, des processus immunitaires et neuro-inflammatoires [6].

Les agents chimiothérapeutiques induisent plusieurs changements dans les organites intracellulaires (en particulier les mitochondries). Nous avons remarqué que ces agents chimiothérapeutiques qui affectent les mitochondries peuvent provoquer une sensation de froid dans les extrémités, en particulier dans les membres inférieurs.

- L'inhibition de la réplication et de la transcription de l'ADN mitochondrial, entraînant une altération de la fonction mitochondriale et l'activation de l'apoptose;

- Les dommages mitochondriaux causés par les médicaments à base de platine entraînent une détérioration des enzymes, des protéines et des lipides dans les neurones, ainsi qu'une perturbation de l'homéostasie du calcium, ce qui induit des modifications apoptotiques des nerfs périphériques. Les médicaments à base de platine modifient également l'activité des canaux ioniques Na^+ , K^+ et TRP, entraînant une hyperexcitabilité des neurones périphériques. Tous les processus décrits ci-dessus ont le potentiel de modifier l'excitabilité des neurones périphériques.

- La détérioration des mitochondries, dans les cellules neuronales et non neuronales, entraîne un stress oxydatif et la production d'espèces réactives de l'oxygène (ROS), telles que les radicaux hydroxyles, le peroxyde, le superoxyde et l'oxygène ionique. Le transport axonal endommagé des composants cellulaires essentiels [9,10] et de l'ARNm [11] chez les parties neurales distales en raison de la perturbation des microtubules peut avoir un impact significatif sur ce processus. Des niveaux élevés de ROS [6,8,12,13,14] ont été détectés dans les neurones sensoriels et la moelle épinière. Les niveaux élevés de ROS provoquent l'activation des processus apoptotiques, des dommages à la structure cellulaire et la démyélinisation. Ces événements entraînent une altération de la transmission du signal et

de l'activation des processus immunitaires, y compris une production accrue de cytokines pro-inflammatoires. Le processus s'auto-amplifie car les mécanismes ci-dessus peuvent causer des dommages mitochondriaux supplémentaires [23,15,16,17]. Le gonflement, la vacuolisation et la perte de structure mitochondriale ont été montrés dans un certain nombre d'études avec le paclitaxel [18,19].

- Les médicaments à base de platine induisent l'activation des cellules gliales, entraînant l'activation de l'attraction et l'activation des cellules immunitaires et la libération et la croissance de cytokines pro-inflammatoires (interleukines et chimiokines), entraînant une sensibilisation du nocicepteur et une hyperexcitabilité des neurones périphériques et (avec les ROS) affecte la barrière hémato-encéphalique. Ces processus conduisent au développement de la neuroinflammation [1].

2. Comment la MTC explique les changements produits par la chimiothérapie sur les nerfs périphériques.

L'analyse des symptômes en MTC doit être basée sur des analogies.

Souvent, lorsque nous avons affaire à des pathologies graves, le déséquilibre primaire s'est « renversé » et est devenu la cause du syndrome diagnostiqué à un moment donné. L'efficacité du traitement dépend de l'identification de l'ensemble du processus physiopathologique, des racines et jusqu'aux rameaux.

Selon la théorie de la MTC, les déséquilibres dans les fonctions des organes internes doivent être jugés au niveau cellulaire. La perturbation initiale des fonctions d'un organe devient l'étiologie des syndromes que les médicaments chimiothérapiques peuvent produire, et qui se manifestent sous forme de la NPIC.

On part donc de l'analyse des symptômes et on note ce qui suit [:

- a) Le NPIC affecte les membres - La Rate est responsable de la santé des membres;
- b) La faiblesse musculaire - La Rate produit et maintient la masse musculaire;

Dans le chapitre « *Sur le Qi prénatal et le Qi postnatal dans le Livre complet de Jing Yue, 1624, il est écrit:*

La structure squelettique dépend du Qi prénatal, tandis que la structure musculaire dépend du Qi postnatal »;

- c) La NPIC se distingue des neuropathies périphériques d'autres étiologies par la sensation de froid, notamment des membres inférieurs, sensation très proche de celle décrite par les patients obèses ayant subi une gastrectomie.

Très intéressant, comme manifestation séquellaire après une infection au COVID-19 certains patients présentent les mêmes symptômes!

Su wen chap.28 - lorsque les mains et les pieds du patient sont chauds, les conditions sont favorables, mais lorsque les mains et les pieds sont froids, les conditions sont défavorables [1].

Li Dong Yuan (1180-1251), l'auteur des célèbres Discussions sur la Rate et l'Estomac, déclare : « *Le Qi 氣 original ne peut pas être fort si la Rate et l'Estomac sont faibles et incapables de le nourrir. Si l'Estomac est faible et que la nourriture est mal transformée, la Rate et l'Estomac sont affaiblis et ne pourront pas nourrir le Qi 氣 originel qui à son tour devient insuffisant et des maladies apparaissent* ».

- d) Les paresthésies peuvent être un signe de carence sanguine - La rate joue un rôle important dans la formation du sang [24]

e) La rate en MTC chevauche parfaitement la mitochondrie au niveau cellulaire.

3. Les fonctions de la Rate = les fonctions de la mitochondrie

- La Rate affine les substances extraites des aliments pour donner forme et force au corps.
- La Rate est le générateur des énergies qui sous-tendent le fonctionnement de toutes les structures du corps, énergies qui sont produites par l'action de l'essence extraite par le Poumon de l'air inspiré (Oxygène) sur les essences extraites par la Rate des aliments.
- La Rate construit la masse musculaire, mais en même temps renouvelle les énergies qui remplissent le Poumon
- La Rate MTC au niveau cellulaire est *la* mitochondrie
Les mitochondries sont appelées « *générateurs d'énergie cellulaire* » car elles produisent la majeure partie de l'énergie sous forme d'énergie chimique utilisée par toutes les cellules
- En ce qui concerne le point de vue de la Médecine Allopathique sur la digestion, les aliments sont digérés dans l'estomac et l'intestin grêle et les nutriments des aliments sont absorbés et distribués à tous les tissus et cellules du corps par la circulation sanguine. L'énergie est ensuite produite par l'oxydation biologique des aliments principalement dans les mitochondries des cellules.
- La mitochondrie est unique car elle est la seule des organites cellulaires avec sa propre information génétique
- La MTC dit que la substance complexe résultant de la combinaison de nutriments avec l'essence extraite de l'air inspiré subira une autre transformation sous l'action de l'énergie du « Ciel antérieur » dans le Rein (information génétique), pour devenir la véritable énergie qui assure le fonctionnement du corps
- Dans la Médecine Allopathique seulement les mitochondries, de tous les organites cellulaires possèdent leur propre ADN

4. MTC --- médecine moderne:

La Rate (transport et transformation) --- les mitochondries (oxydation biologique)

- **MTC** : Nourriture --- estomac (décomposition) --- intestin (digestion et séparation de la substance raffinée des déchets) --- transport de l'essence vers le haut vers le Poumon pour se combiner et réagir avec l'essence extraite de l'air inspiré --- Rate (transport et transformation) --- énergie vitale (*qi*)
- **Médecine Allopathique**: Nourriture --- estomac (principalement digestion mécanique) --- intestin grêle (principalement digestion chimique et absorption des nutriments) --- sang (transport) --- mitochondries (oxydation biologique) --- énergie

5. L'origine des syndromes qui ont pour manifestation une neuropathie périphérique à la suite de la chimiothérapie

La Rate peut être déficiente en raison d'un cancer qui est une maladie chronique de consommation qui a surchargé le générateur d'énergie du Ciel postérieur [1,25]. La chimiothérapie surcharge et déséquilibre la Rate elle-même, provoquant des épisodes de vomissements incontrôlables à chaque dose de chimiothérapie.

La faiblesse de la Rate ralentit la digestion et l'assimilation, elle ralentit également les processus de pensée générant une sensation de poids corporel et mental, une stagnation de la circulation des fluides et la circulation des idées.

Lorsque la Rate est déficiente, elle affecte le Foie et le patient peut présenter:

- Problèmes musculaires et tendineux : fatigue et faiblesse musculaire.
- Atrophies musculaires.
- Paresthésies et paralysie.
- Perte d'équilibre pendant le mouvement.
- Problèmes ophtalmiques : hypermétropie, presbytie, strabisme, fatigue oculaire.
- Douleur à la palpation - *Qimen* (FO14), *Ganshu* (VE18) et *Hunmen* (VE47)

6. L'évolution du déséquilibre de la Rate vers les syndromes du Poumon

Au chapitre 56 de Ling shu, on lit:

« *Le qi complexe se forme et s'accumule dans la poitrine sans bouger ;* »

Une fois formé, le *qi* est diffusé par le Poumon dans tout le corps, il va donc nourrir les tissus et soutenir tous les processus physiologiques.

Le *qi* complexe (le grand *qi*) réside dans la poitrine et intervient dans les fonctions du Poumon et du Cœur, en favorisant une bonne circulation dans les membres et en contrôlant la force de la voix.

Les poumons contrôlent les méridiens et les vaisseaux sanguins.

Le *qi* nutritif est étroitement lié au sang, tous deux circulant ensemble dans les vaisseaux sanguins et le méridien. Si le *qi* du Poumon est fort, la circulation du *qi* et du Sang est bonne, les membres sont chauds.

Par sa fonction de dispersion d'énergie, le Poumon diffuse et disperse le *qi* protecteur et les liquides organiques dans tout le corps, et notamment dans les intersections musculaires et entre les muscles et la peau. C'est l'un des aspects de la relation physiologique entre le Poumon et la peau. Grâce à cette fonction, le *qi* protecteur est réparti uniformément dans tout le corps, sous la peau, pouvant réchauffer la peau et les muscles et protéger le corps des attaques d'agents pathogènes externes [26].

Su wen chap. 28 « *Parce que le Poumon régit l'énergie, quand l'énergie est déficiente nous avons une déficience d'énergie du Poumon, ce qui va provoquer un écoulement en sens inverse de l'énergie vitale et des pieds froids. Si la maladie du Poumon survient pendant l'Été dont l'élément associé, le Feu, domine le Poumon, le patient mourra. Si la maladie survient à une autre saison dont l'élément associé ne domine pas le Métal du Poumon comme le printemps, l'automne ou l'hiver, le patient survivra* ». [1]

Au chapitre 30 de Ling shu, on lit : « *Le qi du réchauffeur Supérieur communique avec l'extérieur et se disperse ; il diffuse les Essences de la nourriture, il réchauffe la peau, il remplit le corps et il humidifie les cheveux du corps comme s'ils étaient enveloppés de brouillard et de rosée.* »[1]

L'âme corporelle est celle qui permet la manifestation des sentiments, des sensations, de l'ouïe et de la vue. Elle est celle qui nous permet de ressentir le froid et le chaud, les démangeaisons ou la douleur.[26]

“ *Le Poumon gouverne les 100 vaisseaux* ”

Le Poumon gouverne le *qi*, qui est en relation étroite avec le Sang et qui coule avec lui dans les vaisseaux sanguins. C'est pourquoi le Poumon a une influence sur les vaisseaux sanguins.

Le Gros Intestin a besoin pour son bon fonctionnement de liquides corporels qui le lubrifient et facilitent le transit. Le dysfonctionnement du Gros Intestin et du méridien de *yangming* de la main, peut influencer la thermorégulation [26].

Pour une compréhension encore plus juste des phénomènes qui se produisent dans l'organisme à la suite de l'agressivité des traitements de chimiothérapie, il faut parfois prêter attention à toutes les structures du corps énergétique. C'est pourquoi nous avons sélectionné et étudié tous les points pouvant traiter les « pieds et mains froids ». Les points d'acupuncture ne sont pas des trous, ce sont en fait de fins canaux qui se connectent au réseau de canaux et de collatéraux qui interconnectent toutes les structures du corps.

Il existe au total 32 points d'acupuncture qui ont dans leurs indications thérapeutiques la sensation de froid des extrémités.

Revenant aux syndromes qui ont pour manifestation la sensation de froid douloureux des extrémités, surtout des membres inférieurs, nous avons redistribué ces points en fonction de leurs influences énergétiques.

Les prescriptions des points appliquées doivent contenir :

- des points qui abordent le principe thérapeutique résultant du diagnostic de la MTC
- des points qui traitent la sensation de froid douloureux des extrémités, mais rentrent dans l'exigence du principe thérapeutique
- des points qui tonifient la Rate et l'Estomac, car on considère que le principal déséquilibre provoquant la neuropathie est celui de la Rate.

L'étude des effets sur l'organisme résultant de la stimulation de ces points a également permis de décrypter les processus physiopathologiques et a permis d'identifier un certain nombre de facteurs aggravants qu'il fallait également éliminer. Leur élimination assure le succès thérapeutique ainsi que le traitement correctement appliqué.

Aux facteurs étiologiques spécifiques et différents pour chacun des quatre syndromes identifiés comme ayant comme manifestation la NPIC, s'ajoutent les facteurs générateurs de la Déficience du *qi* dans la Rate:

- Faiblesse constitutionnelle
- Excès d'aliments froids et crus
- Repas irréguliers
- Excès ou insuffisance de nourriture
- Travail intellectuel excessif, surmenage, anxiété, pensées obsessionnelles
- Exposition prolongée à l'humidité et au froid (cadre de vie, lieu de travail)
- Toutes les maladies chroniques consomptives
- Vieillesse

Selon les règles de la MTC, un diagnostic doit identifier le syndrome, mais aussi la partie du corps où le syndrome se manifeste activement. Dans le cas de notre étude, la partie touchée est les extrémités.

SYNDROME	Stase du Sang;	Glaires-humidité-froide dans le Poumon	Vent-Froid dans le Poumon	Vent-Chaleur dans le Poumon

FACTEURS ETIOLOGIQUES	Anxiété, tristesse, ressentiment, colère prolongée Sueurs importantes	Vide de <i>qi</i> ou de <i>Yang</i> de la Rate Rhumes à répétition Consommation excessive d'aliments froids et crus Échec d'un traitement en syndrome Vent- Froid	Exposition au Vent et au Froid Vent-Froid artificiel Changement climatique soudain Mauvaise hygiène Sommeil insuffisant Fatigue excessive Troubles émotionnels	Vent-Chaleur artificielle (chauffage central, lieu de travail avec chaleur excessive et courants d'air) Vent chaud en saison froide Surinfection après la grippe ou le rhume Vent-Froid qui se transforme en Chaleur
POINTS UTILISÉS	GI10, PO6, ES23, V232, CO1, TR2, ES33, VB21, FO3	RA1, VE31, VE64, VB21, VB39, FO4	ES32, RE1, VE31 VE64, VB21	GI8, GI9, PO6, RA2, RE1, RE7, VE31, VE62 VE64, CO1, TR5, ES37, ES41, ES43, ES44, VB38, VB41, FO3, FO5

Les points présentés doivent être inclus dans les prescriptions qui traitent le syndrome !

En évaluant toutes les informations déjà présentées, nous découvrons que nous avons la possibilité de prévenir l'apparition de tous ces effets secondaires de la chimiothérapie si nous traitons auparavant et en même temps des patients par acupuncture. Comme nous l'avons vu, la Rate est l'organe qu'il faut soutenir pour réaliser la prévention secondaire.

Lorsque nous avons traité des patients pour les aider à supporter la chimiothérapie, ils n'ont pas développé d'effets secondaires immédiats (par exemple entérites), et pour la plupart n'ont pas développé de neuropathies périphériques. Ceux qui avaient encore une neuropathie périphérique, son intensité était faible et se rétablissait rapidement.

Chez les patients présentant une neuropathie périphérique post-chimiothérapie déjà en place, le taux d'amélioration est beaucoup plus faible, la guérison complète étant presque impossible.

CONCLUSIONS :

La valeur préventive de la MTC doit être exploitée.

Le moyen le plus efficace d'utiliser la valeur de l'acupuncture dans le traitement de la neuropathie post-chimiothérapie est qu'elle :

- respecte le principe de traitement résultant du diagnostic de la MTC
- est utilisé avant, en même temps et, si nécessaire, après un traitement chimiothérapique
- est doublée par l'élimination des facteurs étiologiques propices au développement du syndrome, autres que la chimiothérapie
- contient dans la prescription également des points qui fortifient la Rate
- Le patient doit également suivre un régime pour soutenir la Rate et l'Estomac

BIBLIOGRAPHIE :

1. YELLOW EMPEROR'S CANON INTERNAL MEDICINE, CHINA SCIENCE & TECHNOLOGY PRESS, Beijing, 2000
2. Dictionary of Chinese Medicine
3. Chinese – English Dictionary of Traditional Chinese Medicine, The people's medical publishing house, Beijing, 1996
4. Brown J Timothy, MD; Ramy Sedhom, MD; Arjun Gupta, MD Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy, *JAMA Oncol.* 2019;5(5):750. doi:10.1001/jamaoncol.2018.6771
5. Starobova H., Vetter I. Pathophysiology of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy. *Front. Mol. Neurosci.* 2017;10:174. doi: 10.3389/fnmol.2017.00174. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
6. Park S.B., Goldstein D., Krishnan A.V., Lin C.S., Friedlander M.L., Cassidy J., Koltzenburg M., Kiernan M.C. Chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity: A critical analysis. *CA Cancer J. Clin.* 2013;63:419–437. doi: 10.3322/caac.21204. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
7. Kolb N.A., Smith A.G., Singleton J.R., Beck S.L., Stoddard G.J., Brown S., Mooney K. The association of chemotherapy-induced peripheral neuropathy symptoms and the risk of falling. *JAMA Neurol.* 2016;73:860–866. doi: 10.1001/jamaneurol.2016.0383. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
8. Mols F., van de Poll-Franse L.V., Vreugdenhil G., Beijers A.J., Kieffer J.M., Aaronson N.K., Husson O. Reference data of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-CIPN20 Questionnaire in the general Dutch population. *Eur. J. Cancer.* 2016;69:28–38. doi: 10.1016/j.ejca.2016.09.020. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
9. Areti A., Yerra V.G., Naidu V.G.M., Kumar A. Oxidative stress and nerve damage: Role in chemotherapy induced peripheral neuropathy. *Redox Biol.* 2014;2:289–295. doi: 10.1016/j.redox.2014.01.006. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
10. Argyriou A.A., Zolota V., Kyriakopoulou O., Kalofonos H.P. Toxic peripheral neuropathy associated with commonly used chemotherapeutic agents. *J BUON.* 2010;15:435–446. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

11. Zheng H., Xiao W.H., Bennett G.J. Functional deficits in peripheral nerve mitochondria in rats with paclitaxel- and oxaliplatin-evoked painful peripheral neuropathy. *Exp. Neurol.* 2011;232:154–161. doi: 10.1016/j.expneurol.2011.08.016. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
12. LaPointe N.E., Morfini G., Brady S.T., Feinstein S.C., Wilson L., Jordan M.A. Effects of Eribulin, Vincristine, Paclitaxel and Ixabepilone on Fast Axonal Transport and Kinesin-1 Driven Microtubule Gliding: Implications for Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy. *Neurotoxicology.* 2013;37:231–239. doi: 10.1016/j.neuro.2013.05.008. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
13. Wozniak K.M., Vornov J.J., Wum Y., Liu Y., Carozzi V.A., Rodriguez-Menendez V., Ballarini E., Alberti P., Pozzi E., Semperboni S., et al. Peripheral neuropathy induced by microtubule-targeted chemotherapies: insights into acute injury and long-term recovery. *Cancer Res.* 2018;78:817–829. doi: 10.1158/0008-5472.CAN-17-1467. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
14. Bobylev I., Joshi A.R., Barham M., Ritter C., Neiss W.F., Höke A., Lehmann H.C. Paclitaxel Inhibits MRNA Transport in Axons. *Neurobiol. Dis.* 2015;82:321–331. doi: 10.1016/j.nbd.2015.07.006. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
15. Doyle T., Chen Z., Muscoli C., Bryant L., Esposito E., Cuzzocrea S., Dagostino C., Ryerse J., Rausaria S., Kamadulski A., et al. Targeting the Overproduction of Peroxynitrite for the Prevention and Reversal of Paclitaxel-Induced Neuropathic Pain. *J. Neurosci.* 2012;32:6149–6160. doi: 10.1523/JNEUROSCI.6343-11.2012. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
16. Duggett N.A., Griffiths L.A., McKenna O.E., de Santis V., Yongsanguanchai N., Morkori E.B., Flatters S.J.L. Oxidative Stress in the Development, Maintenance and Resolution of Paclitaxel-Induced Painful Neuropathy. *Neuroscience.* 2016;333:13–26. doi: 10.1016/j.neuroscience.2016.06.050. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
17. Xiao W.H., Zheng H., Zheng F.Y., Nuydens R., Meert T.F., Bennett G.J. Mitochondrial Abnormality in Sensory, but Not Motor, Axons in Paclitaxel-Evoked Painful Peripheral Neuropathy in the Rat. *Neuroscience.* 2011;199:461–469. doi: 10.1016/j.neuroscience.2011.10.010. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
18. Bulua A.C., Simon A., Maddipati R., Pelletier M., Park H., Kim K.-Y., Sack M.N., Kastner D.L., Siegel R.M. Mitochondrial Reactive Oxygen Species Promote Production of Proinflammatory Cytokines and Are Elevated in TNFR1-Associated Periodic Syndrome (TRAPS) J. *Exp. Med.* 2011;208:519–533. doi: 10.1084/jem.20102049. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
19. Griffiths L.A., Flatters S.J.L. Pharmacological Modulation of the Mitochondrial Electron Transport Chain in Paclitaxel-Induced Painful Peripheral Neuropathy. *J. Pain.* 2015;16:981–994. doi: 10.1016/j.jpain.2015.06.008. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

20. Duggett N.A., Griffiths L.A., Flatters S.J.L. Paclitaxel-Induced Painful Neuropathy Is Associated with Changes in Mitochondrial Bioenergetics, Glycolysis, and an Energy Deficit in Dorsal Root Ganglia Neurons. *Pain*. 2017;158:1499–1508. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000939. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
21. Flatters S.J.L., Bennett G.J. Studies of Peripheral Sensory Nerves in Paclitaxel-Induced Painful Peripheral Neuropathy: Evidence for Mitochondrial Dysfunction. *Pain*. 2006;122:245–257. doi: 10.1016/j.pain.2006.01.037. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
22. Xiao W.H., Bennett G.J. Effects of Mitochondrial Poisons on the Neuropathic Pain Produced by the Chemotherapeutic Agents, Paclitaxel and Oxaliplatin. *Pain*. 2012;153:704–709. doi: 10.1016/j.pain.2011.12.011. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
23. Zhao Jingyi, Li Xuemei, *Troubles du Qi et du Sang en Medecine Traditionelle Chinoise*, SATAS, Bruxelles, 2011
24. Zhong Liu, *Prevention des cancers en medecine traditionnelle chinoise*, Chez Jean Pellissier auto-editeur, 182, Bd du Redon, 13009 Marseille, 1999
25. Yan Shi-Lin, *Pathomecanisms of the Spleen*, Paradigm Publications, Taos, New Mexico, 2009
26. Yan Shi-Lin, Li Zheng-Hua, *Pathomecanisms of the Lung*, Paradigm Publications, Taos, New Mexico, 2011



Dr. Reghina Patru, MD

Vice-président Société roumaine de MTC

Activité : Rhumatologie et réadaptation médicale, acupuncture

e-mail: medicaleva_arad@yahoo.com

Tel : 0040 727305787



Dr. Angela Tudor, MD, DrD, Univ. Transilvania Braşov, Roumanie

Président Société roumaine de MTC

Activité : Médecine générale, acupuncture

e-mail : angelas88tudor@gmail.com

Tel : 0040 723302826

Acupuncture et arrêt de la consommation tabagique, une revue de la littérature

Rev Mal Respir. 2020 Jun;37(6):474-478. Lhommeau N, Huchet A, Castera P

Dr Nicolas Lhommeau

Résumé

Introduction : Le tabagisme représente la première cause de mortalité dans les pays industrialisés. L'acupuncture est une approche proposée dans l'aide à l'arrêt de la consommation tabagique. Quelles sont les études existantes ?

Etat des connaissances : On retrouve 23 essais contrôlés randomisés (ECR) avec des protocoles hétérogènes en termes d'intensité de traitement et de méthodologie. Les méta-analyses réalisées sont contradictoires. L'effet de l'acupuncture à court terme est bien documenté, l'effet à moyen terme est plus incertain.

Perspective : La réalisation de protocoles d'acupuncture de forte intensité et bien standardisés est nécessaire pour la mise en évidence d'un effet à moyen terme.

Conclusion : L'acupuncture peut être proposée aux patients désirant arrêter le tabac dans le cadre d'une prise en charge globale. L'association de l'acupuncture aux méthodes d'aides à l'arrêt classiques augmenterait les chances d'arrêt pour le patient. Les conditions de l'intervention conviennent d'être précisées dans le cadre d'essais contrôlés randomisés.

Mots clés : sevrage tabagique, acupuncture.

Introduction. Tobacco smoking represents the main cause of death in industrialised countries. Acupuncture is proposed as an aid to stopping smoking. What are the current studies?

Background: We found 23 controlled randomised studies with differing protocols in terms of intensity of treatment and methodology. The meta-analyses undertaken were contradictory. The short term effect of acupuncture is well documented but the medium term effect is more uncertain.

Outlook: The undertaking of well standardised, high intensity protocols is necessary to produce evidence of a medium term effect.

Conclusion: Acupuncture can be offered to patients wishing to stop smoking within the framework of a global management programme. The association of acupuncture with classical aids increases the chances of the patient stopping. The conditions of intervention should be defined precisely within the framework of a randomised controlled trial.

Key words: stopping smoking; acupuncture.

Introduction

La consommation de tabac reste la première cause de mortalité évitable dans les pays industrialisés, le tabagisme actif serait à l'origine de près de 78000 décès prématurés par an en France [1].

Alors que les études attestant de l'efficacité des substituts nicotiques et des traitements médicamenteux (varénicline, bupropion) pour l'arrêt de la consommation de tabac sont d'un niveau de preuve élevé [2], l'intérêt de l'acupuncture dans ce domaine est sujet à controverse. Les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé considèrent qu'elle n'a pas fait preuve de son efficacité, au même titre que l'activité physique et l'hypnothérapie [3] mais considère que “le médecin ne doit pas empêcher un patient de bénéficier d'un traitement qui peut être utile de par son effet placebo, si ce traitement est avéré inoffensif”. Les autorités sanitaires anglaises (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) et américaine [4] ne reconnaissent pas la place de l'acupuncture dans les recommandations officielles de l'aide au sevrage tabagique. On peut se demander quelles sont les études existantes à l'heure actuelle permettant d'établir les recommandations sanitaires.

Etat des connaissances

L'acupuncture est une discipline issue de la médecine traditionnelle chinoise consistant en la stimulation de “points d'acupuncture” à visée thérapeutique, les moyens de stimulation sont mécanique, thermique et électrique sur des points d'acupuncture répertoriés. Une des originalités de la méthode est l'approche personnalisée du patient avec un choix de points en fonction des singularités du sujet à traiter. L'approche acupuncturale se base sur un interrogatoire et un examen clinique détaillés comprenant certains éléments spécifiques. Les éléments philosophiques fondateurs de la pensée chinoise sont la théorie du yin yang et la théorie des cinq éléments qui sont issus de l'observation des cycles naturels. Ce mode de pensée par analogie a servi de fondement pour l'approche diagnostique et thérapeutique dans le domaine médical. L'objectif de l'acupuncture est d'aider le sujet à retrouver un équilibre dans son environnement. D'autres méthodes peuvent être considérées comme étant dérivées de l'acupuncture. L'auriculothérapie est une de ces méthodes, largement utilisées en tabacologie. Cette approche thérapeutique a été développée en France dans les années 1950 par Dr Paul Nogier. Les points répertoriés sont uniquement situés sur le pavillon de l'oreille suivant une organisation somatotopique, ils correspondraient à des zones réflexes ayant des propriétés thérapeutiques au niveau des organes lorsqu'ils sont stimulés mécaniquement. La facilité d'accès et le côté pratique de la méthode ont sûrement contribué à son essor. Cette approche est

majoritaire dans les protocoles des ECR que nous détaillerons ensuite. On peut se demander si l'intensité de la réponse neurophysiologique n'est pas plus faible qu'une approche acupuncturale classique utilisant des points corporels périphériques et bilatéraux. Parmi les méthodes inspirées de l'acupuncture on retrouve l'acupressure, qui consiste en une stimulation mécanique de certains points par massage, très peu d'études sont disponibles pour illustrer son effet mais il y aurait un effet spécifique à court terme [5]. Nous pouvons évoquer également la "thérapie par laser" qui consiste à stimuler des points d'acupuncture par stimulation laser ou l'électrostimulation dans laquelle une stimulation électrique est appliquée hors point d'acupuncture, nous n'avons retrouvé aucune évaluation clinique contributive pour ces deux méthodes dans le cadre de l'aide à l'arrêt du tabac. Dans le domaine des addictions, une des explications de l'effet biologique pourrait être la libération d'endorphines dans le système nerveux central. Si cette approche a été mise en évidence dans le traitement du syndrome de sevrage aux opiacés [6], elle n'a pas été confirmée dans les addictions à d'autres substances comme la nicotine. D'autre part, le mécanisme d'action dans le cadre du *craving* à la nicotine, pourrait s'expliquer par une stimulation spécifique de certains réseaux neuronaux [7]. L'acupuncture diminuerait l'intensité du *craving* et les manifestations végétatives chez les fumeurs exposés à des stimulations visuelles favorisant la consommation de tabac [8]. Les recherches bibliographiques ont été menées sur PUBMED et ACUDOC2, ce second site est spécialisé dans la recherche bibliographique en acupuncture et a pour objectif un recensement des articles traitant d'acupuncture sans sélection préalable. Un classement thématique est proposé afin de faciliter les travaux de recherche. L'une des difficultés rencontrée dans la recherche bibliographique est le biais de langue de publication. Actuellement plus de 35% des ECR en acupuncture sont publiés en chinois [9] et on peut supposer que cette tendance va se poursuivre. Les méta-analyses de référence privilégient actuellement les études en langue anglaise, ce qui constitue un biais de sélection dans une pratique issue d'une autre culture. La réalisation de banques de données bibliographiques en acupuncture scientifique est nécessaire afin de permettre des recherches complètes et exhaustives. On dénombre 135 études sur "acupuncture et sevrage tabagique", parmi lesquelles 23 essais contrôlés randomisés (ECR). Les études cliniques mesurant les effets de formes dérivées d'acupuncture comme la laserthérapie ou l'électrostimulation hors point d'acupuncture n'ont pas été prises en considération. On retrouve deux essais cliniques récents réalisés entre 2016 et 2018 [10, 11] qui n'ont pas encore été intégrés dans les dernières méta-analyses sur le sujet, l'ECR le plus récent est positif en faveur de l'acupuncture [11]. L'autre ECR conclue négativement à l'apport d'une stimulation électrique en auriculothérapie [10]. La dernière revue Cochrane menée en 2014 conclut ainsi: "l'estimation après regroupement des études suggère

de possibles effets à court terme mais il n'existe pas de preuves non-biaisées qui montrent des bénéfices, en terme d'abstinence tabagique à 6 mois, en faveur de l'acupuncture.”(5)

D'autres méta-analyses ont également été menées, certaines mettent en évidence une efficacité de l'acupuncture à court terme [12-14] d'autres méta-analyses soulignent un effet positif de l'acupuncture à moyen terme (6 mois) [15, 16], une méta-analyse conclut à une efficacité équivalente aux substituts nicotiniques sans effet spécifique de l'acupuncture [17]. Si la mise en évidence d'un effet spécifique de l'acupuncture dans le sevrage tabagique semble établie à court terme, les effets à moyen terme (6 mois) sont plus contradictoires. Ceci peut en partie être expliqué par des critères d'inclusion divergents au sein des méta-analyses et d'une méthodologie hétérogène au sein des ECR. On peut se demander quelles sont les méthodes d'intervention utilisées au sein des protocoles et quelles sont les limites rencontrées dans le groupe contrôle.

1 Type d'intervention

On retrouve différents types d'interventions thérapeutiques au sein des essais cliniques retenus dans les méta-analyses. Tout d'abord, l'auriculothérapie est utilisée de manière exclusive dans 10 ECR. 4 ECR utilisent des protocoles d'acupuncture faciale avec des points d'acupuncture connus dans le domaine des addictions et 6 ECR combinent de l'auriculothérapie avec des points corporels. Certains protocoles d'acupuncture ajoutent une stimulation électrique supplémentaire lors de la séance d'acupuncture afin de potentialiser l'effet. La qualité et l'efficacité de chaque protocole sont difficiles à appréhender mais certains critères d'intervention semblent influencer sur l'efficacité. En effet, l'utilisation de points d'acupuncture corporels et bilatéraux associée à une stimulation électrique donnerait de meilleurs résultats au niveau du contrôle du *craving* et des symptômes de sevrage dans les addictions [18]. Ainsi, les nombreux protocoles d'auriculothérapie au sein des essais cliniques retenus dans les méta-analyses pourraient contribuer à sous-estimer l'effet spécifique de l'acupuncture, probablement du fait du faible nombre de points choisis et d'un nombre de séances limité. En pratique clinique, on peut estimer que pour avoir une action neurophysiologique suffisante, un protocole adapté doit comporter plus de deux points d'acupuncture et 4 séances au minimum. Seulement 4 ECR paraissent répondre à ces critères [11, 19-21] dont 2 ECR concluant de manière positive sur l'efficacité de l'acupuncture à moyen terme [11, 19]. Les 8 ECR intégrant des protocoles de faible intensité ne mettent pas en évidence d'effet à moyen terme, sauf dans 1 étude [22].

2/ Intervention contrôle

En acupuncture deux grands types d'interventions contrôles peuvent être utilisées. Il peut s'agir d'une acupuncture factice, c'est à dire que la puncture est pratiquée au niveau de points situés en dehors des méridiens ou n'ayant pas d'action spécifique connue. On peut imaginer que ce type de pratique ne corresponde pas à un vrai placebo, les points étant souvent dans le même métamère, par exemple. On peut également utiliser des aiguilles rétractables, ce type de méthode est utilisé dans les essais cliniques sur la douleur. En tabacologie, seulement l'acupuncture factice est employée dans le groupe contrôle. L'effet placebo de l'acupuncture serait particulièrement élevé en comparaison à un placebo oral [23, 24]. De plus, certains points utilisés comme “placebo” au cours des ECR peuvent avoir une action spécifique sur le sevrage tabagique [1]. Afin de s'assurer de l'aveugle du patient, une méthode serait d'utiliser un test de vraisemblance du placebo. L'acupuncture factice est une méthode de contrôle qui présente un effet non négligeable. De plus, elle induit des biais de traitement, le recrutement en “double aveugle” étant rendu irréalisable du côté du thérapeute. Au vu de ces éléments, un groupe contrôle avec traitement de référence par substitut nicotinique (TSN) paraîtrait mieux adapté. Dans cette situation plus naturelle, on comparerait les deux traitements avec leur composante placebo incluse. Ceci est légitime sur l'efficacité à moyen terme (6 mois), du fait que l'efficacité à la fin du traitement repose sur un rationnel bien documenté aujourd'hui. Le dernier ECR réalisé comparant l'acupuncture au TSN concluait à une efficacité équivalente des deux méthodes (11). Cependant, comme le souligne certains auteurs [25] d'autres paramètres comme la fréquence, la durée des séances d'acupuncture et la posologie des TSN sont des éléments importants à prendre en compte afin d'interpréter ces résultats.

Perspective

L'acupuncture est une méthode populaire auprès des patients désirant franchir le pas du sevrage tabagique. Si son efficacité à la fin du traitement (court terme) semble aujourd'hui démontrée, son efficacité à moyen terme reste à préciser. Les méta-analyses combinant des essais avec des traitements de faible et de forte intensité ne permettent pas de conclure. D'autres essais sont à réaliser avec des traitements comportant plus de deux points d'acupuncture et sur plusieurs séances, afin de confirmer les résultats actuels d'une efficacité à 6 mois. Un argument non négligeable en faveur de l'acupuncture est la nécessité de renouveler les séances ce qui permet d'augmenter la compliance des patients. On connaît l'importance de la durée du suivi en addictologie, sur plusieurs mois ou années, les addictions à diverses substances étant souvent associées. L'acupuncture permet une anxiolyse intéressante et augmente la durée du suivi du patient. La rémission apportée par

l'arrêt de la substance est souvent transitoire dans la trajectoire de la personne, la rechute étant habituelle. L'association de différentes approches permettrait d'augmenter les chances d'arrêt pour le patient. Ainsi, la prise en charge conjointe par des méthodes classiques (TSN, entretien motivationnel) et de séances d'acupuncture augmenterait les chances d'arrêt [26], l'association de différentes techniques d'acupuncture serait également bénéfique [27]. La dernière méta-analyse disponible conclue à une efficacité supérieure à long terme quand l'acupuncture est associée à des techniques classiques [17]. Cette hypothèse est à explorer au sein d'ECR afin de préciser les conditions et l'efficacité d'une intervention pluridisciplinaire [28]. Afin d'étayer les études cliniques, les prochains travaux devront comprendre un dosage biologique systématique (cotinine urinaire, mesure du CO expiré) ainsi qu'un suivi sur le long terme. Seulement 3 ECR vont dans ce sens actuellement [11, 19, 22] avec des résultats positifs en faveur de l'acupuncture. Une standardisation de la méthodologie est recommandée avec l'utilisation de points périphériques et bilatéraux. Les acupuncteurs devront être expérimentés et avoir bénéficié de formations équivalentes au sein de l'université. On remarque que la majorité des ECR sont antérieurs à 1990 (N=14/22), avec seulement 5 ECR réalisés après 2000. Parallèlement, les concepts en addictologie ont évolué et privilégient maintenant une approche globale du patient avec une évaluation biologique, psychologique et sociale. L'abstinence au tabac, le nombre de cigarettes consommées et les signes de sevrage sont souvent les seuls paramètres étudiés au sein des ECR. Peut-être que les bénéfices de l'intervention acupuncturale se situent dans d'autres domaines? Une évaluation clinique complète et qualitative permettrait de préciser l'intérêt de l'acupuncture. Nous disposons actuellement d'outils d'évaluation multidimensionnelle comme l'ASI (*Addiction Severity Index*) validé pour l'addiction au tabac [29]. Il s'agit d'un test dont l'originalité est de récolter une multitude de données objectives ainsi que des données subjectives au cours d'un entretien semi-directif mené par un opérateur entraîné. Ce type de test, qui n'a jamais été réalisé pour l'acupuncture pourrait apporter des données supplémentaires afin de mesurer les effets de l'acupuncture dans l'aide au sevrage tabagique. Enfin, comme nous l'avons vu, l'association des méthodes semble apporter un bénéfice pour le patient. L'utilisation conjointe de substituts nicotiniques ou de varénicline en seconde ligne, associé à des séances d'acupuncture pourrait potentialiser l'efficacité de l'intervention lors la prise en charge en tabacologie. Il serait également intéressant d'évaluer l'association de l'acupuncture à des méthodes non-pharmacologiques comme les TCC, la pleine conscience ou l'hypnose qui sont fréquemment proposés dans les centres d'addictologie, ce qui n'a pas fait l'objet de publications.

CONCLUSION

Si l'efficacité spécifique de l'acupuncture en fin de traitement semble reposer sur un rationnel solide, les données scientifiques actuelles ne permettent pas à ce jour de conclure de manière claire pour l'efficacité de l'acupuncture à moyen terme, notamment en raison de faiblesses méthodologiques au sein des ECR. Les conditions pour optimiser le protocole d'acupuncture pour l'arrêt du tabac semblent se préciser à la lecture des ECR positifs. Pour confirmer cette hypothèse, un essai multicentrique et méthodologiquement solide serait plus convaincant que les données issues de méta-analyses trop hétérogènes. L'acupuncture reste une méthode populaire, sans effet secondaire majeur, qui peut être proposée aux patients désirant arrêter le tabac dans le cadre d'une prise en charge globale. Un traitement par substitut nicotinique ou pharmacologique devra être proposé en cas d'échec ou en association.

Références

1. Ribassin-Majed L, Hill C. Trends in tobacco-attributable mortality in France. *Eur J Public Health* 2015;25:824–8.
2. Anthenelli RM et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet* 2016;387:2507–20.
3. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandations pour la pratique clinique 2014. 219-47.
4. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
5. White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(1):CD000009.
6. Wen HL, Cheung SYC. Treatment of drug addiction by acupuncture and electrical stimulation. *Asian Journal of Medecine* 1973;9:138.
7. Wang YY, Liu Z, Chen F, Sun L, Wu Y, Yang JS, et al. Effects of acupuncture on craving after tobacco cessation: a resting-state fMRI study based on the fractional amplitude of low-frequency fluctuation. *Quant Imaging Med Surg*. 2019;9:1118-25.
8. Chae Y1, Park HJ, Kang OS, Lee HJ, Kim SY, Yin CS, Lee H. Acupuncture attenuates autonomic responses to smoking-related visual cues. *Complement Ther Med* 2011;19 (Suppl 1):S1-7.
9. Nguyen J, Goret O. Les essais contrôlés randomisés en acupuncture : analyse bibliométrique. *Acup & Mox* 2002;1:7-49.
10. Bilici M, Guven S, Kosker S, Safak A, Semiz UB. Electroacupuncture Therapy in Nicotine Dependence: A Double Blind, Sham-Controlled Study. *Arch Neuropsychiatr* 2016;53:28-32.
11. Wang YY, Liu Z, Wu Y, Yang L, Guo LT, Zhang HB, Yang JS. Efficacy of Acupuncture is non inferior to nicotine replacement therapy for tobacco cessation: results of a prospective, randomized, active-controlled open-label trial. *Chest* 2018 ;153 : 680-8.
12. Liu Z, Wang YY, Wu Y, Yang J. Condition and effectiveness evaluation of acupuncture for smoking cessation *Chinese Acupuncture & Moxibustion* 2015, 35, 851-857.
13. Wang YY, Yang J, Zhang O, Li Y, He L, Ma S, et al. Progress on the research of acupuncture

- for smoking cessation in foreign and domestic. *Chinese Acupuncture & Moxibustion* 2013; 3 :285-288.
14. Ashenden R, Silagy C, Lodge M, Fowler G. A meta-analysis of the effectiveness of acupuncture in smoking cessation. *Drug Alcohol Rev* 1997;16 :33-44.
 15. Castera P, Nguyen J, Gerlier JL, Robert S. L'acupuncture est-elle bénéfique dans le sevrage tabagique, son action est-elle spécifique ? Une méta-analyse. *Acupuncture & Moxibustion* 2002;1:76-85.
 16. Cheng HM, Chung YC, Chen HH, Chang YH, Yeh ML. Systematic review and meta-analysis of the effects of acupoint stimulation on smoking cessation. *Am J Chin Med* 2012;40:429-42.
 17. Wang JH, van Haselen R, Wang M, Yang GL, Zhang Z, Friedrich ME, et al. Acupuncture for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis of 24 randomized controlled trials. *Tob Induc Dis* 2019;17:48.
 18. White A. Trials of acupuncture for drug dependence: a recommendation for hypotheses based on the literature. *Acupunct Med* 2013;31:297–304.
 19. He D, Medbo JI, Hostmark AT. Effect of acupuncture on smoking cessation or reduction : an 8 month and 5 year follow-up study. *Prev Med* 2001;33:364-72.
 20. Wu TP, Chen FP, Liu JY, Lin MH, Hwang SJ. A randomized controlled clinical trial of auricular acupuncture in smoking cessation. *J Chin Med Assoc* 2007;70:331-8.
 21. Vandevenne A, Rempp C, Burghard G, Kuntzmann Y, Jung F. Etude de l'action spécifique de l'acupuncture dans la cure de sevrage tabagique? *Sem Hôp Paris* 1985;61:2155-60.
 22. Waite NR, Clough JB. A single-blind, placebo-controlled trial of a simple acupuncture treatment in the cessation of smoking. *Br J Gen Pract* 1998;48:1487–90.
 23. Linde K, Niemann K, Meissner K. Are sham acupuncture interventions more effective than (other) placebos? A re-analysis of data from the Cochrane review on placebo effects. *Forsch Komplementmed* 2010;17:259-64.
 24. Kaptchuk TJ, Stason WB, Davis RB, Legedza AR, Schnyer RN, Kerr CE, et al. Sham device v inert pill: randomised controlled trial of two placebo treatments. *BMJ* 2006;332:391-7.
 25. Braillon A, Ernst E. Acupuncture and Smoking Cessation? One Swallow Doesn't Make a Summer! *Chest* 2018;153:1516.
 26. Hyun S, Huh H, Kang NG. Effectiveness of auricular acupuncture combined with nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Tob Induc Dis* 2018;16:40.
 27. Chai X, Yang JS, Liu Z, Chen F, Yuan GH, Wu Y, Zhang L, Wang YY. Effect of the different

- smoking cessation regimens with acupuncture on smoking withdrawal and their influence factors: a multi-center randomized controlled trial. *Zhongguo Zhen Jiu* 2019; 39:1255-61.
28. Jang S, Lee JA, Jang BH, Shin YC, Ko SG, Park S. Clinical Effectiveness of Traditional and Complementary Medicine Interventions in Combination with Nicotine Replacement Therapy on Smoking Cessation: A Randomized Controlled Pilot Trial. *J Altern Complement Med* 2019;25:526-534
29. Denis C, Fatséas M, Beltran V, Serre F, Alexandre JM, Debrabant R, et al. Usefulness and validity of the modified Addiction Severity Index: A focus on alcohol, drugs, tobacco, and gambling. *Subst Abus.* 2016;37:168-75.

Dr Lhommeau Nicolas,
médecin généraliste acupuncteur, praticien attaché au CHU de Nantes
nicolas.lhommeau@gmail.com

L'acupuncture, un outil pour accompagner la chirurgie réparatrice du sein

Dr Jean-Philippe Pradier

Mme Annabelle Pelletier, sage-femme

La perte du sein consécutive aux ablations tumorales, tout comme l'absence de sein en raison d'une malformation ont à la fois des répercussions psychologiques sérieuses immédiates, et des pathologies physiques d'ordre fonctionnel d'apparition progressive le plus souvent en lien avec l'asymétrie.

Depuis ces dernières années, la reconstruction mammaire fait partie intégrante de la prise en charge. Préserver ou restaurer la féminité apparaît comme un enjeu de Santé Publique, et les patientes doivent être informées des techniques réparatrices dès le début de leur prise en charge. Les techniques de reconstruction mammaire ont beaucoup progressé ces dix dernières années. Elles sont classées en trois groupes : les techniques autologues (par lambeau pédiculé ou libre, ou par injection de graisse), les techniques prothétiques (implant mammaire, expandeurs, implants thoraciques) et les techniques mixtes associant des techniques appartenant aux deux groupes précédents.

L'acupuncture en tant que médecine « globale » traitant le corps et le mental s'intègre parfaitement dans cette prise en charge : pour accepter et préparer l'intervention, pour limiter les complications post-opératoires immédiates (congestion du lambeau, œdèmes...), enfin pour accompagner le rétablissement (douleurs, anxiété, bien-être physique et mental). Elle contribue pleinement à l'amélioration du résultat et de la satisfaction du patient.

Mots clés : atteintes du sein - chirurgie réparatrice – prévention complications - acupuncture

Acupuncture, a tool to support breast repair surgery

The loss of the breast following tumor ablations, as well as the absence of the breast due to a malformation, have both immediate serious psychological repercussions, and functional physical pathologies of progressive appearance, most often related to the symmetry. For the past few years, breast reconstruction has been an integral part of treatment. Preserving or restoring femininity appears to be a public health issue, and patients must be informed of restorative techniques from the start of their care. Breast reconstruction techniques have come a long way in the past decade. They are classified into three groups: autologous techniques (by pedicled or free flap, or by fat injection), prosthetic techniques (breast implant, expanders, chest implants) and mixed techniques combining techniques belonging to the two previous groups. Acupuncture as a "global" medicine treating the body and the mind fits perfectly into this care: to accept and prepare the intervention, to limit immediate post-operative complications (congestion of the flap, edema, etc.), finally to support recovery (pain, anxiety, physical and mental well-being). It fully contributes to improving the patient's outcome and satisfaction.

Keywords: breast damage - reconstructive surgery - prevention of complications - acupuncture

A. La reconstruction chirurgicale du sein

1. Objectifs : indications de reconstruction mammaire et définition

La perte du sein consécutive aux ablations tumorales, tout comme l'absence de sein en raison d'une malformation ont à la fois des répercussions psychologiques sérieuses immédiates, et des pathologies physiques d'ordre fonctionnel d'apparition progressive le plus souvent en lien avec l'asymétrie. La perte ou l'endommagement du sein, lieu de représentations symboliques multiples où siège une grande part de la libido, provoque régulièrement une attitude de repli avec une perte de l'estime de soi à l'origine d'un terrain dépressif.

Le cancer du sein concerne 6 % des femmes avec 59000 nouveaux cas/an (en 2018, dont 60 % détectés à un stade précoce et 10 % détectés à un stade avancé) ; le taux de décès est de 12146 cas par an, soit 14 % des cancers détectés. L'incidence de cas de cancers détectés précocement augmente chez les femmes jeunes de moins de 40 ans. 40 % des femmes à qui l'on diagnostique un cancer du sein subissent une mastectomie, soit plus de 20 000 françaises chaque année.

La chirurgie réparatrice du sein concerne également 0,5 à 1 % des femmes présentant des malformations ou déformations mammaires dès la fin de l'adolescence.

Celles-ci peuvent être innées (génétiques ou familiales), induites par un traumatisme (brûlures, accidents), ou survenir sans explication actuellement connue. On distingue les malformations ou déformations avec ou sans glande mammaire, avec ou sans plaque aréolo-mamelonnaire, avec ou sans malformation thoracique associée.

Dans l'aplasie du sein et l'hypoplasie, les structures du sein ont eu un développement insuffisant, ou bien existent à l'état rudimentaire, mais ne sont pas bien développées.

Les seins tubéreux apparaissent au moment de la puberté. Cette malformation, volontiers asymétrique en forme et en volume, est due à un défaut de la base mammaire et prédomine dans la partie inférieure du sein : il « capote » au-dessus du thorax car le segment inférieur du sein est court.

Le pectus excavatum est une malformation thoracique qui entraîne un creux dans la paroi thoracique, médian ou latéralisé.

La reconstruction mammaire désigne l'ensemble des procédures chirurgicales visant à restituer un aspect anatomique normal du sein, ou des deux seins selon les cas, soit après une tumorectomie, soit après une mastectomie totale curative ou prophylactique (plus rarement).

Le traitement des déformations induites dans l'enfance (brûlures, accidents, rayons, chirurgie) est particulier à chaque situation.

Depuis ces dernières années, la reconstruction mammaire fait partie intégrante de la prise en charge par la sécurité sociale : préserver ou restaurer la féminité apparaît comme un enjeu de Santé Publique. C'est un acte thérapeutique car la portée va bien au-delà de la seule demande esthétique. L'asymétrie de volume aura des répercussions physiques au niveau des lombaires en plus de l'aspect psychique. L'ablation est vécue comme une mutilation avec « amputation » du sein. Il est important d'avoir conscience qu'une reconstruction du sein formera un sein différent de celui d'avant, et qu'il ne sera pas possible de retrouver le sein d'avant. Seulement 10000 femmes par an font reconstruire le sein perdu.

La peur d'une nouvelle intervention (signifiant affronter la douleur physique afférente à l'opération, ainsi que des bouleversements psychologiques liés à ce corps mutilé brutalement), l'acceptation d'une nouvelle silhouette et le manque d'informations limitent le recours à la reconstruction mammaire. Par conséquent les patientes concernées doivent être informées le plus tôt possible, sachant que l'information sur les techniques de reconstruction et les structures éventuelles les pratiquant est devenue obligatoire dès l'indication de tumorectomie. Cette proposition de reconstruction est établie en RCP au sein d'une équipe pluridisciplinaire. La décision de reconstruction mammaire est un choix partagé à 50 % par le patient, et 50 % par le praticien parmi les différentes modalités validées. Le fait de ne pas imposer ce choix augmente grandement le niveau de satisfaction (augmentation de la qualité

de vie), ainsi que l'acceptabilité de la rançon cicatricielle et des suites opératoires. Il s'agit de prendre en compte les contraintes : ne pas retarder les traitements oncologiques, ni la surveillance de la tumeur, et de limiter le nombre d'interventions pour réduire les risques opératoires, tout en répondant aux souhaits personnels de chaque femme sur la base de ses caractéristiques morphologiques, tissulaires et vasculaires.

2. Techniques

Les techniques de reconstruction mammaire ont beaucoup progressé ces dix dernières années. Pour le volume, elles sont classées en trois groupes : les techniques autologues (volume compatible en terrain irradié), les techniques prothétiques, sur terrain non irradié (implant mammaire, expandeurs, implant thoracique), et les techniques mixtes, utiles en terrain irradié, associant des techniques appartenant aux deux groupes précédents.

La stratégie de la reconstruction repose sur une analyse des éléments suivants :

- La qualité des tissus : en cas d'irradiation la mauvaise trophicité contre-indique l'utilisation des corps étrangers donc des prothèses mammaires. Dans ce cas le recours à des techniques autologues est nécessaire mais peuvent être combinées à des techniques prothétique.
- La forme du thorax : en cas d'anomalie de la forme du thorax, celle-ci doit d'abord être corrigé quand cela est possible, avant de reconstruire le sein proprement dit.
- Le volume du sein : il s'agit à la fois de restituer une symétrie des deux seins (prise en compte de l'excès ou de l'insuffisance de volume de l'un par rapport à l'autre) et de faire en sorte que cet objectif de modification de volume d'un ou des deux seins respecte, voire améliore l'harmonie de la silhouette corporelle globale. Il faut donc parfois proposer d'augmenter ou réduire simultanément le volume des deux seins pour un meilleur résultat.
- La forme du sein : là encore il existe un double objectif de symétrie et d'harmonie corporelle globale
- La perception corporelle et les attentes de la patiente, souvent intégrées dans un contexte de séduction conscient ou inconscient.
- Parfois le chirurgien dépiste une inadéquation entre la perception de l'image corporelle de la patiente et la réalité observée par ce dernier, son regard étant objectivé par l'écart entre la demande de la patiente et ce qui est habituellement pratiqué. En effet, l'anxiété peut fausser le jugement de la patiente et rendre difficile la prise de décision. Elle doit parfaitement intégrer les différentes problématiques en fonction du traitement retenu (par exemple changement des prothèses à long terme).

Concernant les techniques autologues, la matière est prélevée sur le patient, par lambeau pédiculé (une partie du muscle et de la peau reste attachée par ses vaisseaux au patient, mais est déplacée (exemple fesse, abdomen, fesse, cuisse pour faire le sein), ou libre (les vaisseaux artères et veines sont sectionnés et rebranchés dans une autre zone), ou par injection de graisse (la graisse de l'abdomen, des genoux ou des cuisses, parfois les bras est aspirée, puis centrifugée pour éliminer l'huile, les cellules mortes et le sang et ne greffer que les cellules

graisseuses). Cette dernière technique, médecine régénérative, présente l'avantage d'être peu risquée, mais pour le niveau de résultat le plus élevé, elle avance à petits pas en nécessitant plusieurs interventions. Les transferts graisseux sont intéressants, car apportent du volume, de la souplesse, et diminuent la fibrose locale.

Pour compléter la reconstruction, deux nouvelles familles de techniques sont apparues : les techniques de symétrisation des seins et celles pour reconstruire la plaque aréolo-mamelonnaire. La symétrisation s'effectue par des plasties mammaires de réduction ou de remodelage : on parle de mastopexie, ou par la pose d'un implant du côté opposé à la reconstruction. La plaque aréolo-mamelonnaire se répare au moyen d'un lambeau cutané pris sur place, ou avec une greffe de peau prise à distance (grande lèvre génitale, lobe de l'oreille ou mamelon opposé), ou encore par un tatouage.

Quelle que soit la méthode retenue, une reconstruction mammaire nécessite le plus souvent deux ou trois interventions, avec un intervalle de 3 à 6 mois entre chacune d'entre elles.

3. Etapes de reconstruction

- La première étape consiste à corriger les éventuelles séquelles d'irradiation si elles existent, reconstruire le volume du sein, reconstruire le volume du thorax.

Etape 1 Corriger les éventuelles séquelles d'irradiation

Techniques autologues : lambeaux pédiculés +, lipomodelage (greffe grasse) ++++

Etape 1 Reconstruire le volume du sein

Techniques autologues : lambeaux pédiculés +++, lambeaux libres +++, lipomodelage (greffe grasse) + à ++ avec plusieurs séances

Techniques prothétiques : implants mammaires +++, expandeurs +++

Etape 1 Reconstruire le volume du thorax

Techniques autologues : lipomodelage (greffe grasse) +

Techniques prothétiques : implants thoraciques +++

- La seconde étape de la reconstruction une fois le volume du sein reconstruit obtenu consiste à harmoniser les deux seins. Elle n'est pas toujours nécessaire, mais fait partie intégrante de la prise en charge médicale du cancer du sein. Il s'agit de symétriser le sein opposé pour améliorer le résultat esthétique. Si celui-ci est trop gros, il sera réduit ; si celui-ci est trop petit, il sera augmenté.

Etape 2 : Symétrisation des seins

Techniques autologues : plastie mammaire, lipomodelage (greffe grasse)

Techniques prothétiques : implants mammaires

- La troisième étape, une fois la symétrisation obtenue, consiste à refaire la zone de l'aréole et du mamelon. Le mamelon est reconstruit en position symétrique face au côté opposé. Il est parfois possible de cumuler ces deux étapes en même temps mais le risque d'échec ou d'insuffisance dans la qualité du résultat est plus grand.

Etape 3 : reconstruction zone aréolaire et mamelon

Techniques autologues : greffe de peau sur place, lambeau cutané (grande lèvre génitale, lobe de l'oreille ou mamelon opposé)

Tatouage

- La quatrième étape consiste en la surveillance post-opératoire

Dans les suites opératoires, les douleurs sont en général modérées, mais elles peuvent être marquées transitoirement au niveau des zones de prélèvement. Un oedème des sites de prélèvement et du sein apparaît dans les 48 heures suivant l'intervention et mettra un à deux mois à se résorber. Des ecchymoses apparaissent dans les premières heures dans les zones de prélèvement de graisse et se résorbent dans un délai de 10 à 20 jours après l'intervention. Les cellules greffées resteront vivantes, et la survie du lambeau, ainsi que la cicatrisation sont à surveiller (les réactions sont imprévisibles). Le risque infectieux n'est pas nul, et il faut distinguer les complications liées à l'anesthésie et celles liées au geste chirurgical. L'acupuncture pourra accompagner les suites opératoires.

- La cinquième étape consiste en l'entretien du résultat

Les techniques prothétiques imposent un suivi quasi annuel de la qualité du corps étranger et des changements de prothèses réguliers, ce qui n'est pas le cas des techniques autologues. Les tatouages d'aréoles (= dermopigmentation) se renouvellent tous les 5 ans environ.

La surveillance la plus simple est celle du transfert de graisse et lambeaux, par échographie. La plus exigeante concerne les implants mammaires : échographie, mammographie et changement d'implant.

En cas de séquelles modérées, il est possible de recourir au transfert de graisse.

Etape 5 : entretien du résultat

Techniques autologues : plastie mammaire (rarement), lipomodelage (greffe graisse) +++ retouches, tatouage

Techniques prothétiques : implants mammaires changements 5 à 10 ans

Le chirurgien doit s'assurer que la patiente est préparée autant physiquement qu'émotionnellement, et la relation de confiance doit être totale, la clé étant la communication. Faire exprimer à la patiente avec ses propres mots ce qu'elle attend du résultat permet de s'assurer du bien fondé de la demande et confirmer la faisabilité. A l'heure d'une surinformation par les médias ou internet, il convient ensuite de lui faire reformuler les risques encourus et les limites de résultat inhérents à chacun, car imposés (par exemple l'élasticité de leur tissu influence un risque d'asymétrie, de ptose ; l'acceptation ou non d'avoir un corps étranger) afin de vérifier la motivation. Il n'est pas rare que cette balance bénéfices/risques sème doute et confusion dans la pensée du patient. L'acupuncture pourra accompagner chaque étape de la prise en charge.

B. Apport de l'acupuncture

1. Accompagnement de la décision, préparation des interventions

Pour l'acupuncteur, il est important de distinguer la chirurgie réparatrice du sein prise en charge par la sécurité sociale car préventive de pathologies (lombalgies, mal-être) et celle qui

survient de façon totalement inopinée, comme dans la maladie cancéreuse. Dans la première, il faudra se réapproprier un nouveau corps sensé traiter le mal-être, ce qui ne va pas forcément de soi, tandis que l'impact de la mastectomie dans le cancer du sein varie d'une femme à l'autre. Celle-ci sera mieux vécue par celle qui n'aimait pas sa poitrine, quand d'autres prétendent préférer mourir plutôt que l'on touche à leurs seins. Pour celles qui les aiment et les érotisent, les seins contribuent à attribuer leur féminité, rassurent quant au pouvoir de séduction. S'en voir priver de façon subite peut entraîner une perception détériorée de l'image corporelle, un manque de confiance voire une perte d'identité à l'origine d'une dépression.

Les mots couramment utilisés pour évoquer l'ablation mammaire dans le cadre d'un cancer du sein sont presque aussi violents que la maladie elle-même : « mutilée, amputée, volée de sa féminité »... L'annonce de la maladie sur le plan émotionnel engendre le choc, la colère, la révolte, le déni, la peur d'affronter la mort.

La reconstruction mammaire, facultative, peut être motivée par le désir de combler la perte du sein, le souhait d'éviter d'avoir à porter une prothèse mammaire externe, l'envie de se sentir plus désirable et à l'aise dans son corps, la volonté d'oublier ce qui rappelle le cancer du sein, la possibilité de varier sa garde-robe, en particulier les soutiens-gorge. Elle fait suite au choc de l'ablation, et peut paradoxalement être aussi vécue comme une épreuve, même si elle est souhaitée. Elle nécessite au moins une, voire plusieurs opérations, avec parfois des prélèvements de muscles ailleurs sur le corps impliquant des cicatrices. Le retentissement psychologique chez la femme qui s'endort avec son sein et qui se réveille avec un volume qui n'est pas le sein d'avant reste important. Et lorsqu'il est « réparé », une certaine sensibilité du sein sera retrouvée, mais pas celle du mamelon, impliquant le fait de revisiter sa vie affective, sexuelle ainsi que l'érotisme de son corps.

De plus certaines patientes subissent également les effets secondaires d'une chimiothérapie (asthénie, chute de cheveux, amaigrissement, nausées), ou d'autres supportent mal les traitements hormonaux prescrits pour cinq ans (prise de poids, douleurs articulaires, fatigue et malaises). Des jeunes femmes se retrouvent ménopausées avant que leur mère ne le soit, et certaines ne se reconnaissent plus.

L'acupuncture pourra également accompagner les femmes qui choisissent finalement de ne pas faire reconstruire leur sein vers l'acceptation de leur nouveau corps. Certaines éprouvées par les actes chirurgicaux et les traitements en ont assez, la reconstruction remise à plus tard devient « jamais ».

Physiopathologie du sein en MTC, principe de traitement :

Le sein est parcouru par les *mai* de la Rate, des Reins, du Foie et de l'Estomac, d'emblée affectés en cas d'intervention mammaire.

Le Foie assure la libre circulation du *qi* et du Sang, entravée par les sentiments mis à mal dans le contexte de sein à reconstruire. La Rate transforme et transporte le *qi*, les Liquides Organiques et le Sang. La force du *qi* de la Rate lui permet de chasser l'Humidité. La mutilation du sein empêche les fonctions de transport de la Rate, et le *mai* de l'Estomac qui reçoit les céréales, les liquides Organiques, se retrouve également lésé. Or il est la source de production du Sang, du *qi* et des Liquides Organiques et aide la Rate à réguler l'Humidité. Elle va donc s'installer et se transformer Mucosités (*tan*) qui peuvent se transformer en Chaleur. La Chaleur est souvent déjà présente, engendrée par les traitements (anti-inflammatoires, antibiotiques, chimiothérapie, radiothérapie...) et les émotions : en cas de

dépression, le *qi* du Foie stagne et se transforme en Feu, ce qui affecte davantage les méridiens du Foie et l'Estomac.

Dans l'aide à la prise de décision de reconstruction ou non, il s'agit d'assurer la libre circulation du *qi* et du Sang en agissant sur le *jing*, le *qi* et le *shen* : tonifier les vides de Sang et d'Energie, lever les stagnations de *qi* et de Sang, disperser les plénitudes et traiter les émotions.

Si le vide prédomine, il faudra renforcer le *qi*, le *yang*, le *yin* ou le Sang. Si la plénitude prédomine, il faut dissoudre l'Humidité et faire circuler le *qi* du Foie pour réduire les toxines (Chaleur), disperser les glaires. Dans un deuxième temps, il faut nourrir le Rein et activer la circulation du *qi* et du Sang.

Parmi les points utiles si la plénitude prédomine, nous pouvons citer :

PO7 *lieque* à droite, et RE6 *zhaohai* à gauche : ils renforcent le *ren mai*, tonifient le *yin*.

VC4 *guanyuan*, VC6 *qihai* : nourrissent le *qi* et le Sang, tonifient le Rein.

VC17 *tanzhong*, VB41 *linqi* : tonifient le *qi*, lèvent les obstructions des *mai* de communication des seins, dissipent l'Humidité-Chaleur

VC3 *zhongji*, VE32 *ciliao*, VE34 *xiaoliao*, VE53 *baohuang* , ES28 *shuidao* : dissolvent l'Humidité.

VE20 *pishu* et VE23 *shenshu* : ils tonifient la Rate et le Rein, nourrissent le Sang.

VC12 *zhongwan* harmonise l'Estomac, tonifie la Rate, élimine l'Humidité, renforce le *qi*, fait monter le *yang*.

VE18 *ganshu* : il tonifie le Foie.

RA9 *yinglingquan*, RA6 *sanyinjiao* et VE22 *sanjiaoshu* : ils dissolvent l'Humidité du Triple Réchauffeur.

En cas de vide de *qi*, de *yang* ou de Sang, des moxas peuvent être appliqués :

VE23 *shenshu*, RE3t*Taixi*, RE7 *fuliu*, VC4 *guanyuan* : ils tonifient le *yang* du Rein.

RA10 *xuehai*, VE17 *geshu* et ES29 *guilai* : ils vivifient le Sang, éliminent les stases.

ES36 *zusanli*, VE20 *pishu* : ils tonifient la Rate et dissolvent l'Humidité et les Glaires.

VE43 *gaohuangshu* tonifie le *qi* et le Sang, fortifie la Rate, harmonise l'Estomac, élève le *yang* des Reins.

Concernant le mental parasité par l'anxiété périopératoire, les organes impliqués dans le processus de la Peur et les points *shen* ont une action intéressante en traitement de fond : VE42 *pohu*, VE44 *shentang*, VE47 *hunmen*, VE49 *yishe*, VE52 *zhishi*.

Système, Point <i>shen</i>	Emotion	Signes caractéristiques
Cœur, VE44 <i>shentang</i>	Angoisse	Palpitations, insomnie
Rate, VE49 <i>yishe</i>	Etat soucieux	Gastrite, nausées

Poumon, VE42 <i>pohu</i>	Peur de la perte	Dyspnée, asthme
Rein, VE52 <i>zhishi</i>	Peur et appréhension	Pollakiurie, relâchement des intestins
Foie, VE47 <i>hunmen</i>	Incertitude et irritabilité	Tension musculaire, céphalée

2. L'acupuncture périopératoire : pré-, per- et post-opératoire immédiat

Comme le souligne le Dr Jean-Michel Hérin dans son ouvrage ⁽⁶⁾, la notion de réhabilitation post-opératoire est une préoccupation des équipes chirurgicales qui développent le concept de préhabilitation au moyen d'une prise en charge physique et mentale. L'acupuncture diminue la morbidité, optimise la récupération physique et mentale, améliore la cicatrisation, prévient l'anémie, permet le sevrage des médicaments antalgiques ou psychotropes, et guide les capacités de discernement du patient en l'accompagnant dans la démarche de confiance en soi alors qu'il peut ressentir un sentiment de trahison de son propre corps l'ayant conduit à une intervention chirurgicale, particulièrement marqué dans la reconstruction mammaire.

Il faudra limiter le stress pré-, per et post-opératoire : sachant que les tableaux cliniques engendrés par les émotions peuvent également provoquer douleur, hématomes, oedèmes, nécrose, infection, hémorragie, maladie thrombo-embolique (phlébite), ou encore une absence de sensibilité.

Certains points font office de « prémédication anxiolytique » :

RE3 *taixi* : fait sortir la Peur en surface, l'apaise, ou RE4 *dazhong* ou RE5 *shuiquan* dans un contexte de ménopause avec repli sur soi, dévalorisation

RE7 *fuliu*, RE10 *yingu* tonifient le Rein *yin*, aident à retrouver confiance, ou RE27 *shufu* dégage le *yin* et le *yang* si « attend un malheur »

MC6 *neiguan*, VC14 *juque* : font rayonner le *qi* du Cœur

MC4 *ximen* : choc émotionnel, extériorise les choses rentrées

VC15 *jiuwei* : point *lo* de *ren mai*, régit la communication entre l'intérieur et l'extérieur, avec Rn 8 *jiaoxin*, point de la confiance mutuelle, remet l'Eau dans le Feu en cas de Feu du Cœur.

VC24 *chengjiang*, VE15 *xinshu*, CO7 *shenmen* : Feu du Cœur de nervosité, difficultés d'endormissement, CO5 *tongli* point du trac, CO6 *yinxi* facilite l'accueil de la nouveauté

Limiter la douleur :

MC6 *neiguan*, PO7 *lieque*, CO7 *shenmen* : triangle d'or du Dr Kespi, analgésie en chirurgie thoracique

GI4 *hegu*, FO3 *taichong* : 4 barrières, tonifient, font circuler le *qi* et le Sang

Stimuler la cicatrisation :

VB39 *xuanzhong* active les macrophages, point Mer des Moelles, action sur le Poumon

RN22 *bulang* : prévient et traite la suppuration des plaies

GI4 *hegu*, ES36 *zusanli*, VE43 *gaohuang*, GI11 *quchi* : tonifient le *qi* et le Sang

Prévenir le lymphoedème des ganglions axillaires et du sein :

VB21 *jianjing*, VB41 *zulinqi*, VC17 *tanzhong*, GI11 *quchi*, RA6 *sanyinqiao*, RA3 *taixi*

VE13 *feishu*, VE14 *jueyinshu*, MC6 *neiguan*, MC4 *ximen*, VB22 *yuanye*, MC2 *tianquan*

Prévenir l'anémie, tonifier le Sang pour activer l'érythropoïèse et diminuer les pertes sanguines, faire circuler le Sang pour prévenir les hématomes ou les phlébites, limiter la perte de sensibilité :

VE23 *shenshu*, VE52 *zhishi*, VC6 *qihai*, ES36 *zusanli* : tonifient le *qi*, le Sang, calment l'Esprit

RA1 *yinbai* : prévient l'hémorragie

RA6 *sanyinqiao*, RA10 *xuehai* : stimulent la production de Sang, le font rentrer dans les vaisseaux, hématome, avec VE17 *geshu*, VG20 *baihui*, ES36 *zusanli* prévention de la maladie thrombo-embolique

VE43 *gaohuangshu*, VC4 *guanyuan*, VC6 *qihai* en moxibustion : nourrissent le Sang

Limiter les effets secondaires de l'anesthésie :

Nausées, vomissements : MC6 *neiguan*, ES36 *zusanli*, VC12 *zhongwan*, RA4 *gongsun*, PO6 *kongzui*

Hoquet per-opératoire : MC2 *tianquan*, MC4 *ximen*, MC6 *neiguan*, GI4 *hegu*, CO5 *tongli*

Prurit lié à l'usage de produits anesthésiques de type morphinomimétiques : chasser le Vent-Chaleur FO5 *ligou*, VB20 *fengchi*

3. Accompagner la convalescence :

L'acupuncture prévient les complications post-opératoires à distance : elle a un effet antalgique, elle prévient l'hématome, aide à la résorption de l'œdème, limite les saignements, fait disparaître le prurit, active la cicatrisation et améliore l'esthétique. A plus long terme, elle permet à la femme de s'approprier ce nouveau corps en l'acceptant et en le transformant en « corps à vivre ».

Dans les jours qui suivent, l'entrée du Froid est favorisée par l'incision qui fait une brèche dans la barrière cutanée.

Des moxas peuvent être réalisés sur les points VE43 *gaohuang*, ES36 *zusanli*, VC6 *qihai*, VC16 *fengfu* pour traiter le Froid général.

Le *qi* est tonifié par ES36 *zusanli*, GI4 *hegu*, FO3 *taichong*, VE17 *geshu*, VB34 *yanglingquan*, VE60 *kunlun*, RA6 *sanyinjiao*, RE3 *taixi*, VG14 *dazhui* (cent fatigues), les points *liao* VE31 *shangliao*, VE32 *ciliao*, VE33 *zhongliao* et VE34 *xialiao*, avec une action antalgique utile.

Douleurs chirurgicales thoraciques : Faire circuler le *qi* du Triple Réchauffeur Supérieur MC6 *neiguan*, VC17 *tanzhong*, PO9 *taiyuan*, VE17 *Ggeshu*

Dorsalgies : MC6 *neiguan*, RA20 *pishu*, VE60 *kunlun*, ES36 *zusanli*, VB21 *jianjing*, VG14 *dazhui*

Soutenir le Milieu de la poitrine : VC17 *tanzhong*, VE11 *dazhu*, VE12 *fengmen*, VE13 *feishu*, PO1 *zhongfu*, PO9 *taiyuan*

Dans la reconstruction mammaire, certains points ont une action intéressante pour traiter les lymphoedèmes périaxillaires et mammaires, et activer la cicatrisation :

Disperser la Chaleur externe en local : ES18 *rugen*, ES15 *wuyi*, RA18 *tianxi*, FO14 *shenmen*, RN23 *shenshu*, VC17 *tanzhong*

Points locaux autour de la cicatrice

Disperser les stases de *qi* du Foie et dissoudre les Mucosités de la poitrine : MC6 *neiguan*, FO14 *shenmen*, VC17 *tanzhong*, VB21 *jianjing*, VB41 *zulinqi*

Symptômes latéraux ou sous-mammaires : TR6 *zhigou*, VB34 *yanglingquan*

Tonifier le *qi* de la Rate : RA6 *sanyinjiao*, ES36 *zusanli*, VE20 *pishu*, VC12 *zhongwan*, RA3 *taixi*

Deuil de l'amputation, acceptation du nouveau sein : VE13 *feishu*, VE14 *jueyinshu*, MC6 *neiguan*, MC4 *ximen*, VB22 *yuanye*, MC2 *tianquan*, VE42 *pohu*

Plus tard dans l'accompagnement émotionnel en acupuncture, certains points globaux demeurent incontournables : RN3 *taixi*, RN7, CO7 *shenmen*, MC6 *neiguan*, GI4 *hegu*, FO3 *taichong*, ES36 *zusanli*, VC24 *shenting*, VB13 *benshen*, PO7 *lieque*, VG20 *baihui*, *sichencong*. Ils régularisent le *yin* et le *yang*, et traitent l'équilibre entre le *qi*, le *shen* ou le Sang.

C. Cas cliniques

1. Mme T., réduction mammaire, post-op immédiat

67 ans, deux enfants (83 Fille 3530 g césarienne pour siège décomplété, allaitement artificiel ; 86 césarienne garçon 3350g, allaitement artificiel), divorcée en 2018, a un nouveau compagnon

Mars 2019 : liposuccion dorsale, puis perd 43 kg à l'aide de l'hypnose

Décembre 2019 : abdominoplastie consécutive à sa perte de poids ; envisage réduction mammaire dans un deuxième temps (seins tombant aux genoux provoquant des lombalgies, indication médicale avec prise en charge)

Mars 2020 : réduction mammaire sous AG

- J1 post-op immédiat, début infection (fièvre, nécrose et abcès des deux mamelons, sous antibiothérapie) : ES36, GI4, FO3, RA6

- J2 Dès le lendemain, apyrétique ; nécrose sein gauche mieux, mais sein droit persistante avec hématome. Absence d'écoulement purulent : les cicatrices sont inflammatoires, mais ne sont plus suintantes. Signe une décharge pour sortir avec poursuite traitement anti-inflammatoires et antibiotiques, vient directement au cabinet en sortant en moto.

Chasser le Vent-Chaleur-Humidité, faire circuler le Qi et le Sang.

Mamelon entouré d'aiguilles au niveau de la cicatrice

FO3, GI4, VB21, VB41, RA6, ES36, VC12, GI11, MC6, VC17, VG20

Le soir même, se dit soulagée.

- J5 La nécrose recircule, les cicatrices sont belles.

Points entourant les cicatrices, VC17, VB21, RA6, FO3, GI4, GI11, ES36, VE60

Annule la séance de J7 car les suites sont parfaites.

2. Mme G., suivi à distance prothèses mammaires 36 ans

Un garçon 2950g, ANAT sans analgésie, DNC, PI, allaitement artificiel

Mai 2019 : Prothèses mammaires

- Se présente le 15/02/2020 après kystectomie sein droit en ambulatoire (a eu mastite avec 38°, des frissons consécutive à une insomnie depuis des mois). Présente un lymphodème sous la prothèse du sein droit.

Vide de Rate et de Rein Yin : VC17, VB21, VB41, ES36, FO3, GI4, VC12

- Le 24/02/2020, revient pour asthénie et insomnie persistante. N'a plus d'œdème, et la cicatrice est très belle.

Vide de Rate : ES36, RE6, E 62, VC12, VC17

- 31/07/2020, début abcès sous prothèse sein droit, asthénie. Est venue dès les premiers signes sans attendre la formation « d'une boule »

VC17, VB41, RA 6, ES36, GI11, GI4, VB21

Après la séance, elle déclare : « je n'oublierai jamais ce que le Dr P a fait pour moi, il m'a transformé la vie, je ne pourrai pas l'oublier. Vous savez, se réapproprier ce nouveau corps est un challenge. On a du mal à se dire que l'image renvoyée est notre nouveau corps. »

Amélioration des symptômes dès le soir, disparition de tout signe au réveil après épisode fébricule et de transpiration nocturne.

Bibliographie

1. Techniques de reconstruction mammaire autologues, alternatives aux implants mammaires, Rapport HAS du 15 janvier 2020

2. Acupuncture in the postoperative setting for breast cancer patients: a feasibility study.

Mallory MJ, Croghan KA, Sandhu NP, Lemaine V, Degnim AC, Bauer BA, Cha SS, Croghan IT. Am J Chin Med. 2015 ; 43(1):45-56.

3. The effect of electroacustimulation on postoperative nausea, vomiting, and pain in outpatient plastic surgery patients: a prospective, randomized, blinded, clinical trial. Larson JD, Gutowski KA, Marcus BC, Rao VK, Avery PG, Stacey DH, Yang RZ. *Plast Reconstr Surg*. 2010 Mar ; 125(3):989-94.
4. Assessing the Impact of Acupuncture on Pain, Nausea, Anxiety, and Coping in Women Undergoing a Mastectomy, Jessica Quinlan-Woodward¹, Autumn Gode¹, Jeffery A Dusek¹, Adam S Reinstein¹, Jill R Johnson¹, Sue Sendelbach² *oncol nurs forum* 2016 Nov 1;43(6):725-732.
5. Response to "Assessing the Impact of Acupuncture on Pain, Nausea, Anxiety, and Coping in Women Undergoing a Mastectomy", Jose M Moran¹, Antonio S Fernández², Juan D Pedrera-Zamorano 2017 Sep 1;44(5):522-524. doi: 10.1188/17.
6. Jean-Michel Hérin : hypnose et acupuncture en anesthésie, éditions Satas, 2015
7. PELLETIER LAMBERT Annabelle, Obstétrique et acupuncture, mise au point pour la sage-femme, éditions du Lau, 2013
8. Andrée Lehmann, L'Atteinte du corps (Éd. Erès)
9. Exposé Didactique de pathologies en Acupuncture Chinoise, Dr Robert Hawawini, Editions You Feng, 2005
10. Dictionnaire des Points d'Acupuncture, Gérard Guillaume, Guy Trédaniel Editeur, 1995, collection La Tisserande.
11. Bernard De Wurstemberger : Acupuncture, Guide Thérapeutique, Approche syndromique de 365 affections médicales, Fondation Lebherz Editions, 2014
12. Gérard Guillaume : Dictionnaire des Points d'Acupuncture, Guy Trédaniel Editeur, 1995, collection La Tisserande
13. Giovanni Maciocia : Les principes fondamentaux de la médecine chinoise, Satas, 1992
14. Giovanni Maciocia : La pratique de la médecine chinoise, Satas, 1997
15. Marc Revol et coll : Manuel de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, deuxième édition, Sauramps médical, 2012
16. Jérémy Ross : Associations de points : la clé du succès en acupuncture, Satas, 2000

Dr Jean-Philippe PRADIER, chirurgien plasticien
Annabelle PELLETIER, sage-femme, AFA, AFSFA, GERA

L'HYPERSIALORRHEE PENDANT LA GROSSESSE

"J'en ai bavé, j'en bave encore"



Mme Isabelle Bourdonnet, Mme Virginie Le Gall, sages-femmes

I - INTRODUCTION

C'est un écoulement salivaire excessif qui peut atteindre 4 à 5 litres par jour sachant que normalement la quantité est de 0,7 à 1,5 litre par jour.

La recherche dans la littérature permet de dire que 45 à 89 % des femmes enceintes souffrent de petits maux de la grossesse et que seulement 0,1 à 1,5% ont une hypersialorrhée et celle-ci se manifeste très souvent en début de grossesse. La date d'apparition se fait généralement vers 6-7 SA, voire parfois dès 4 SA et prend fin aux environs de 20 SA avec quelquefois une persistance jusqu'à l'accouchement. Cela peut être un symptôme qui est très souvent associé aux nausées et aux vomissements ou bien un réflexe en présence d'un reflux gastro-œsophagien.

II - GÉNÉRALITÉS SUR LA SALIVE

1 - Les *jin ye*

La salive fait partie des *jin ye* (ou liquides organiques) qui ont une fonction de nutrition et d'humidification de tout le corps humain. Ces liquides organiques sont composés de 2 parties bien spécifiques :

- les fluides *jīn* qui sont des liquides organiques clairs limpides et fluides qui se diffusent à la surface du corps grâce au *weiqi*. Ils sont purs, légers et fins comme de l'eau. Leur mouvement est relativement rapide. Leur fonction est d'humidifier la peau et les muscles. Le Poumon et le Réchauffeur Supérieur contrôlent leur transformation et leur acheminement vers la peau.

- les liquides *yè* sont des liquides plus troubles, plus lourds et plus denses. Ils circulent avec le *qī* Nourricier à l'intérieur du corps. Leur mouvement est relativement lent. Ils sont sous le contrôle de la Rate et du Rein pour ce qui est de leur transformation et du Réchauffeur Moyen pour ce qui est de leur circulation et de leur excrétion. Au Chapitre 36 de L'Axe Spirituel, on lit : " Le *qī* du Triple Réchauffeur va aux muscles et à la peau et il est transformé en fluides (*jīn*). Les autres fluides du corps ne circulent pas et sont transformés en liquides (*yè*) ". Leur fonction est d'humidifier les articulations, la moelle épinière, le cerveau et la moelle osseuse. Ils lubrifient également les orifices des organes des sens, comme les yeux, les oreilles, le nez et la bouche.

2 – La classification des *yè*

Selon la théorie des 5 éléments, la classification des *yè* est la suivante :

- la sueur est le *yè* du Cœur,
- la pituite est le *yè* du Poumon,
- les larmes sont le *yè* du Foie,
- la salive claire est le *yè* de la Rate,
- la salive épaisse est le *yè* du Rein.

3 – La fonction de la salive claire et épaisse

La Médecine Traditionnelle Chinoise fait donc la différence entre la salive claire et la salive épaisse :

- la salive claire est celle que nous produisons pour digérer. Elle humidifie le bol alimentaire. Composée notamment d'amylases, elle aide à le décomposer. Comme la Rate nourrit la bouche, elle contrôle naturellement la salive. Elle est traduite en chinois par le mot « *xian* ».

- la salive épaisse est celle qui est produite plus profondément : on la retrouve lorsqu'on court car au bout d'un certain temps, nous produisons une autre salive qui est en général celle que nous crachons. La traduction de celle-ci en chinois est « *tuo* ». Elle provient de la base de la langue et de l'arrière-gorge. Elle humidifie le Rein et elle a une influence sur l'Essence du Rein.

NB : en Médecine Traditionnelle Chinoise, il est déconseillé de cracher car cette salive épaisse est considérée comme un des trésors du Rein au même titre que le sperme. Il en est de même pour celle de la Rate. Toutes deux constituent un « capital » de ces deux organes : la cracher ou la gâcher revient à « jeter de la nourriture ou de l'argent par les fenêtres ».

Au départ, les *jīn yè* sont issus de la combinaison du *guqī* issu des aliments. Ensuite, le cycle se poursuit comme ci-dessous :

- la distribution et l'excrétion des *jin ye* utilisent des voies spécifiques : les voies du Triple Réchauffeur ;
- la fonction de transport est celle de la Rate ;
- la fonction de diffusion dans le corps s'appuie sur le Poumon ;
- la régulation du métabolisme de l'eau est sous l'égide du Rein.

III - PHYSIOPATHOLOGIE

La salive est un liquide qui résulte donc d'une sécrétion et d'une diffusion. Le ptyalisme correspond alors à une fuite d'une partie de ces liquides organiques au niveau de la muqueuse de l'Estomac. L'image de la Voie de l'eau est la suivante : « lorsque trop d'eau arrive, elle se déversera hors de son lit et pourra créer crues et dégâts ». Il peut s'agir d'une sécrétion ou d'une diffusion dysharmonieuse.

C'est pourquoi, chez les personnes qui ont une hypersialorrhée, on cherchera un déséquilibre qui se produit à l'intérieur du corps et qui peut avoir plusieurs causes et plusieurs mécanismes physiopathologiques.

Comme évoqué précédemment, cela peut se localiser au niveau de la Rate, du Rein, du Cœur et du Poumon. En effet, par exemple, le Rein est en plénitude de *yin* et ne domine pas suffisamment le Cœur. Le *qi* demeure trop en surface et l'Estomac ne contient pas suffisamment les Liquides Organiques.

Les Glaires se forment quand la Rate est faible, en cas de déséquilibre Poumon/Rate lors d'une perturbation de la montée et du transport de *qi* du Cœur, de diffusion dans la libre-circulation de *qi* du Foie ou lorsque la circulation par la Voie de l'Eau du Triple Réchauffeur est entravée ce qui perturbera la répartition et le drainage des liquides organiques.

Il peut y avoir également, en plus des perturbations internes, des perturbations externes ou *xié* pervers qui vont perturber la physiologie buccale et surtout atteindre un organe *zang* ou *fu* qui sera à l'origine du ptyalisme.

1 – Vide de *qi* de L'estomac et du Poumon

Les signes cliniques : hypersialorrhée, distension épigastrique, digestion difficile, dyspnée, gonflement du visage, voix faible, sensation de plénitude dans la poitrine parfois toux, asthénie.

La langue : pâle avec enduit blanc parfois gras.

Le pouls : vide et faible ou glissant.

Le traitement est de tonifier et régulariser le *qi* de l'Estomac et du Poumon pour transformer la stase. On peut faire des moxas.

Exemples de points : ES36 - RM12 ou RM10 - RM17 – PO7 (après 35 SA sinon PO5).

2 – Vide de *qi* du Rein et du Poumon

Les signes cliniques : hypersialorrhée, voix faible, dyspnée aggravée à l'effort, toux, gonflement du visage, dysurie, œdèmes et gonflements dans les cas évolués, faiblesse des lombes et des genoux, asthénie.

La langue : pâle et gonflée.

Le pouls : profond et faible.

Le traitement est de tonifier le *qi* du Rein et du Poumon avec des Moxas s'il y a des signes de froid.

Exemples de points : RM17 - RM23 - RE10.

3 – Vide de *qi* de Rate ou d'Estomac

Les signes cliniques : salivation accrue, préférence pour les boissons et les aliments chauds, gêne ou douleur sourde dans l'épigastrique qui s'améliore avec la prise de nourriture et avec la pression ou le massage, manque d'appétit, vomissements de liquides clairs, absence de soif, membres froids et faibles, fatigue, teint pâle.

La langue : pâle et humide.

Le pouls : profond, faible et lent.

Le traitement est de renforcer la Rate et de tonifier le *qi*.

Exemples de points : ES5 - RM4 - RM12 - RM24 - RA3 - RA6 – ES36.

4 – Vide de *yang* de Rate

Les signes cliniques : manque d'appétit, teint jaunâtre, asthénie, ballonnements abdominaux, douleurs abdominales qui diminuent à la pression et à la chaleur, membres froids affaiblis, selles liquides ou molles, leucorrhées fluides blanches et abondantes.

La langue : pâle avec enduit blanc glissant.

Le pouls : profond ou ralenti et faible.

Le traitement consiste à réchauffer la Rate et faire circuler le Yang médian.

Exemples de points : VE20 – VE21 - ES36 – FO13 – RA9 – RM12 - RA2 – RA6 - ES41.

5 – Froid dans l'Estomac

Les signes cliniques : régurgitations de liquide clair, arrêt de sensation de soif, vomissements post-prandiaux, douleur épigastrique qui diminue à la chaleur et augmente avec le froid.

La langue : pâle avec un enduit blanc glissant.

Le pouls : en corde.

Le traitement vise à réchauffer le Triple Réchauffeur Moyen et à disperser le Froid.

Exemples de points : VE20 – VE21 – ES36 - FO13 - MC6 – RM4 – RM6 – RM12 - RA4

6 – Froid et Humidité entravent la Rate

Les signes cliniques : ballonnements, fatigue, oppression abdominale, nausées, ptyalisme, manque d'appétit, diarrhée, leucorrhées.

Le traitement est de réchauffer le Triple Réchauffeur Moyen, de raffermir et tonifier la Rate, réchauffer le Froid et disperser l'Humidité.

Exemples de points : VE20 – VE21 – ES36 – RA2 – RA6 - RA9 - ES25 - RM4 – RM6 – RM12.

7 – Accumulation de Glaires

C'est l'aggravation du tableau de Vide de *qi* de Rate.

Les signes cliniques : nausées, vomissements abondants de repas et de glaires, ballonnements, hypersialorrhée, diarrhée, vertiges, leucorrhées. La langue est gonflée avec enduit collant, blanc et gras.

Le pouls : glissant.

Le traitement consiste à faire des moxas, de tonifier la Rate et l'Estomac, calmer les glaires et faire descendre le reflux.

Exemples de points : ES40 (CI pdt G) - MC6 - RM12 ou RM13 ou RM10 - FO13 ou VE20 - RA9.

IV - LA CONSULTATION ET LES CONSEILS HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES

1 - Le déroulement de la consultation

La sage-femme doit effectuer sa consultation en respectant les « quatre temps » : l'interrogatoire, l'observation, la palpation et l'auscultation/olfaction. Elle doit faire son interrogatoire de manière méthodique et concise en respectant un ordre habituel pour détailler toutes les régions du corps. Il faudra notamment qu'elle différencie les Vides des Plénitudes, le Froid de la Chaleur puis le *Zang* touché. Il semble judicieux de pratiquer deux consultations par semaine voire tous les jours si la patiente est hospitalisée et surtout si elle présente en plus de l'hypersalivation, des vomissements incoercibles. Il faudra traiter le motif de consultation en premier puis ensuite adapter le traitement au fil des séances et de l'évolution de la maladie.

2 - Les conseils hygiéno-diététiques

La sage-femme devra conseiller la patiente en fonction de ses habitudes alimentaires. Il ne faut pas être trop directe dans la correction alimentaire au risque que la patiente ne la suive pas.

En ce qui concerne le ptyalisme, il est recommandé de boire de l'eau régulièrement. Le fait de mâcher du chewing-gum ou sucer des bonbons sans sucre permet de minimiser l'écoulement de salive hors de la bouche.

Il est nécessaire de fractionner les repas et de limiter la consommation de sucre ou d'aliments contenant de l'amidon comme le riz, les pâtes, le pain, les pommes de terre et les céréales.

Il faut consommer des aliments qui renforcent la rate et qui sont généralement des aliments de saveur douce et de nature tiède, sans excès. Ces aliments auront une action relaxante, anti-spasmodique et harmonisante. Ce sont par exemple les fruits et légumes de la fin de l'été (petits pois, carottes, courgettes) ou le miel....

De ce fait, il vaut mieux éviter les aliments de nature froide ou piquante comme la tomate, l'ail, la cannelle, le poivre, le clou de girofle ou le gingembre Il convient également de réduire la consommation de produits industriels qui contiennent beaucoup de sel, sucre, gras et de matières premières trop raffinées.

V - LE POURQUOI DE CE TITRE : " J'en ai bavé, j'en bave encore "

Clara :

Suivie depuis plusieurs semaines en consultation à La Ciotat, elle est à 34 SA.

Traitement selon diagnostic des différents tableaux exposés, amélioration de l'état de Clara entre chaque visite qu'elle attend avec impatience mais vient toujours avec son gobelet !

Nouveau symptôme : des impatiences qui perturbent davantage ses nuits.

Impatiences : Je me rappelle d'une publication dans la revue « Moxibustion et Acupuncture » sur ce syndrome et le point à utiliser : ES14.

Puncture de ce point.

Visite suivante : vient sans son gobelet, ravie car ne crache plus et jambes apaisées.

Je lui demande alors ce qui a pu l'exclure du monde avant sa grossesse :

licenciement abusif, humiliation, se retrouve sans contact brutalement et le vit alors très mal.

Situation de ES14 :

- 1^{er} espace intercostal à la verticale du mamelon en limite de la glande mammaire ;
- ce n'est pas un point majeur du *yangming* mais action dopaminergique essentielle ;
- fait descendre l'énergie, son dysfonctionnement induit un ralentissement de l'énergie sur l'ensemble du *yangming* jusqu'aux membres inférieurs ;
- sa stimulation rétablit la circulation normale et supprime les symptômes dans la journée (douleurs face externe de cuisse, lombo sacrées, intestins météorisme, insomnie suite à un traumatisme physique ou psychique).

Le Dr Beaufreton dit :

« Piquer ES14 dans les conséquences de choc, mais dans un contexte de famille, de clan ou de travail et aussi où tout un groupe est touché par le choc avec difficultés à soutenir le regard des autres, des sentiments d'insécurité »

ES14 aide à se protéger de son environnement

kufang (Dagmar) : Maison du trésor

KU : arsenal, dépôt, dépôt de chars de guerre

FANG : maison, chambre, réceptacle

Point qui gouverne « l'absorption » du monde extérieur :

- difficultés d'intégration du monde extérieur,
- hypersensibilité morale ou physique.

Indications :

Traite les glaires du poumon, agit sur l'estomac, élimine chaleur humidité du réchauffeur moyen, enrouement, sialorrhée, eczéma visage, point des chocs émotionnels (redoute d'être regardé, préoccupation, souci).

"J'en ai bavé" : expression populaire

Traverser des rudes épreuves, souffrir, subir des souffrances, de graves ennuis, se donner beaucoup de mal.

2 autres cas d'hypersialorrhée :

- début de grossesse avec hospitalisation (pb professionnel)
- 26SA (pb famille)

Le bébé dit :

« Ma mère en a bavé, l'acupuncture lui a fait retrouver calme et sérénité, j'en profite d'autant plus »

VI - CONCLUSION

L'acupuncture peut se révéler être une alternative très efficace et surtout peu invasive pour le traitement de l'hypersalivation tout comme dans tous les autres petits maux de la grossesse.

Elle trouve notamment sa place car la gestation est une période de la vie féminine où le recours aux traitements de la médecine allopathique est souvent contre-indiqué. C'est en outre le cas des traitements spécifiques qui tendent à soigner le ptyalisme. Les traitements sont peu nombreux, parfois inefficaces, invasifs ou proscrits chez la femme enceinte.

L'acupuncture peut être un moyen de soulager l'hypersalivation et d'améliorer le confort des patientes durant leur grossesse car celles-ci ont une vie sociale très déplorable.

L'impact de l'acupuncture pour le traitement du ptyalisme auprès des sages-femmes acupunctrices qui ont pu parler de leurs pratiques a montré une issue plutôt positive qui conviendrait de poursuivre. Il est important de développer et de valoriser la pratique de l'acupuncture afin que les patientes et les soignants bénéficient d'une alternative aux traitements médicamenteux.

Il serait donc souhaitable que la population, dans sa globalité, puisse avoir accès à une meilleure connaissance de l'acupuncture et surtout aux possibilités d'y recourir.

Merci d'avance pour vos retours d'expériences !



Virginie Le Gall - Sage-femme Acupunctrice
Enseignante DIU acupuncture gynéco-obstétrique - Rouen
mail : vlegal183@hotmail.com



Isabelle Bourdenet - Sage-femme Acupunctrice

Un cas clinique de fibrome et syndrome prémenstruel

Dr Manola Souvanlasy Abhay

Résumé :

Une dame âgée de 41 ans consulte pour des règles hémorragiques, provoquées par une multitude de fibromes qui ont déjà été opérés 3 fois, sans succès. Même le LUTENYL n'arrive pas à empêcher la « repousse » des fibromes ni à arrêter les règles hémorragiques. Devant cet échec, la patiente arrive à la médecine chinoise pour résoudre le problème de ses hémorragies utérines. Le cycle menstruel est irrégulier. Elle souffre de douleur pelvienne - sensation de compression irradiant vers les lombaires - avant et pendant ses règles qui sont abondantes, et contiennent de très gros caillots, la douleur est associée soit à une céphalée au sommet de la tête et d'une poussée d'HTA (hypertension artérielle), soit à un vertige. Ses douleurs utérines surviennent avant et pendant les règles ou avant et pendant l'ovulation.

Clinique

Le syndrome prémenstruel est intense avec douleurs des seins, douleur du ventre et ballonnement abdominal. Malgré la régularité de 3 repas par jour, elle ballonne après le repas. Son appétit est diminué mais elle a grossi de 10 kg. Elle a une perte de cheveux, ses ongles sont pâles et striés.

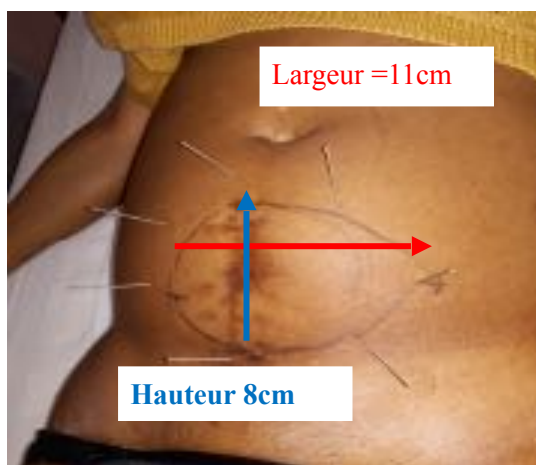
Physiopathologie des fibromes

En Mtc, les fibromes sont considérés comme une masse. Selon le diagnostic de médecine traditionnelle chinoise (Mtc), les fibromes grossissent au fur et à mesure qu'ils saignent : c'est l'engrenage entre :

d'une part, le vide de *qi* de la Rate qui ne retient pas le sang dans les vaisseaux de l'utérus *baoluo* d'où les règles abondantes et le vide de sang,

d'autre part, entre la stagnation du *qi* du Foie et la stase de sang.

Plus les fibromes saignent, plus ils grossissent. Cet article explique les relations physiologiques et pathologiques entre le *yang*, le *qi* (l'énergie) et le *yin*, le sang menstruel.



Langue pâle = vide sang
 Gonflée = vide *qi* Rate
 Enduit humide fin = humidité de la Rate
 Enduit gras à la racine = mucosités
 Points violet brun = stase de sang
 Pouls faible et profond

C'est pourquoi la Mtc occupe une place de choix pour résoudre les racines énergétiques de ses fibromes qui saignent et qui continuent à grossir, comment ?

Traitement

- Tonifier le *qi* de Rate pour « colmater les brèches, contenir, astreindre le *qi* de la Rate » :
 RA3 RA4 ES36 VC6 VC12 V20 VG20
- Stabiliser le *chongmai* et le *renmai* afin de réduire les fuites de sang (règles hémorragiques) pour éviter les déperditions de *qi* :
 RE12 RE13 VC3 VC4 VC17
- Réduire l'abondance des règles
 RE5 RE8 RA8 FO6
- Renforcer le *qi* du Foie par FO3 pour continuer à faire circuler le sang afin d'éviter les stases de sang car les stases de sang s'accumulent au fur et à mesure que les fuites de sang continuent.
- Entre juillet 2019 et janvier 2020, la patiente a été traitée par acupuncture et a suivi les différentes prescriptions de pharmacopée chinoise. Sa situation s'est nettement améliorée concernant la régularité de son cycle menstruel, la durée de ses règles, l'intensité de ses douleurs menstruelles. Ses règles sont devenues moins abondantes et moins douloureuses. La taille de ses fibromes n'a pas beaucoup évolué mais à la palpation, ils semblent plus souples
- La Mtc permet de trouver la solution à long terme, en réglant le déséquilibre entre le *qi* et le sang, *xue*. La taille du fibrome et l'abondance de ses règles sont les manifestations de la maladie (les branches), elles expriment des syndromes de « stagnation de *qi* et de stase de sang », alors que les racines profondes sont en réalité « les syndromes de vide de *qi* et vide de sang ».
- La MTC peut ainsi régler le « paradoxe des contraires » qui est en fait la synergie complémentaire et l'interdépendance du *yin* (le sang) et du *yang*

(le *qi*). Selon l'adage « le *qi* est le commandant du sang, et le sang est la mère du *qi* »

Docteur Manola Souvanlasy Abhay , médecin, acupunctrice, écrivain, enseignante d'acupuncture à l'université de Bobigny pour le diplôme de CAPA pour les médecins, pour le DIU (diplôme interuniversitaire) et DIUAO (diplôme interuniversitaire en acupuncture obstétricale)



Email : manola.pro@gmail.com .

Portable : 06 79 82 31 38.

Fixe : 01 45 85 25 10

Son prochain livre sera publié en janvier 2022 « *L'Energie des organes internes en relation avec la physiologie de la cellule. La synergie complémentaire entre la médecine énergétique chinoise et la médecine scientifique occidentale* ».

A partir d'un cas clinique, douleur sus pubienne chronique traitée par acupuncture segmentaire

Dr Pascal Clément

Résumé : Les douleurs pelviennes sont une cause fréquente de consultation en médecine générale. Au delà de 6 mois on parle de douleurs pelviennes chroniques (DPC). L'étiologie est souvent difficile à identifier. A partir du cas clinique d'une femme de 41 ans présentant, malgré un bilan étiologique rassurant, une douleur sus pubienne chronique avec dysurie, nous avons raisonné selon une approche neuro-physiologique de l'acupuncture afin de pouvoir établir le cas échéant des relations avec les afférences viscérales. Des points d'acupuncture du méridien de la Vessie correspondant aux dermatomes S2-S4 ont été stimulés. 4 points ont été retenus : V23, V30, V33, V34. Le traitement a été poursuivi devant les bons résultats et toujours en concertation avec le médecin traitant et l'algologue : un exemple d'acupuncture médicale intégrative. Mots-clés : douleur pelvienne chronique, acupuncture médicale, dermatomes.

Introduction

Les douleurs pelviennes sont une cause fréquente de consultation en médecine générale. Au delà de 6 mois on parle de douleurs pelviennes chroniques (DPC). L'étiologie est souvent difficile à identifier. Dans une étude américaine, 61 % des femmes se plaignant de DPC n'avaient pas de diagnostic. La DPC peut être organique (écho ++++) ou fonctionnelle. L'enjeu est alors de ne pas méconnaître celle-ci et de réussir à soulager la patiente. Le parcours médical est souvent compliqué et nécessite une prise en charge globale. Quelle est la place de l'acupuncture dans ce contexte ?

Histoire de la maladie

Mme T, 41 ans est suivie pendant 7 mois, de mars à septembre 2018. 7 séances. Travaille pour une société d'assurance internationale avec l'essentiel de son activité à l'étranger (Asie et Afrique). Les troubles commencent en octobre 2017 : cystites à répétition avec prescriptions d'antibiotiques nombreuses, mycoses vaginales consécutives, vulvodynie à la miction, mais aussi une douleur nocturne, localisée au niveau vésical, décrite comme lancinante, supportable mais usante, associée à une douleur lombo-sacrée transfixiante.

Un bilan complet est réalisé : imagerie, biologie, infectieux, gynécologique, urologique et dermatologique : RAS. Le Lyrica* à la dose de 25 mg *2/j a permis la disparition des douleurs vulvaires mais pas des problèmes urinaires, en particulier la nuit. Le gel de Xylocaine* localement améliore également.

La patiente a eu 2 enfants par césarienne et une IVG deux ans auparavant. Par ailleurs une péritonite et des cystites fréquentes, des lombalgies et une névralgie cervico-brachiale. Par ailleurs elle se décrit comme frileuse avec une tendance à la constipation et présente un terrain atopique. Elle est en cours d'exploration IRM pour le petit bassin et attend son bilan uro-dynamique (BUD).

1ère séance

Nous proposons de raisonner selon une approche neuro-physiologique de l'acupuncture afin de pouvoir établir le cas échéant des relations avec les afférences viscérales. Ainsi, nous travaillerons sur les points du méridien de la Vessie correspondant aux dermatomes S2-S4. Le choix des points est le suivant : VE23, VE30, VE33, VE34.

Justification neuro-physiologique

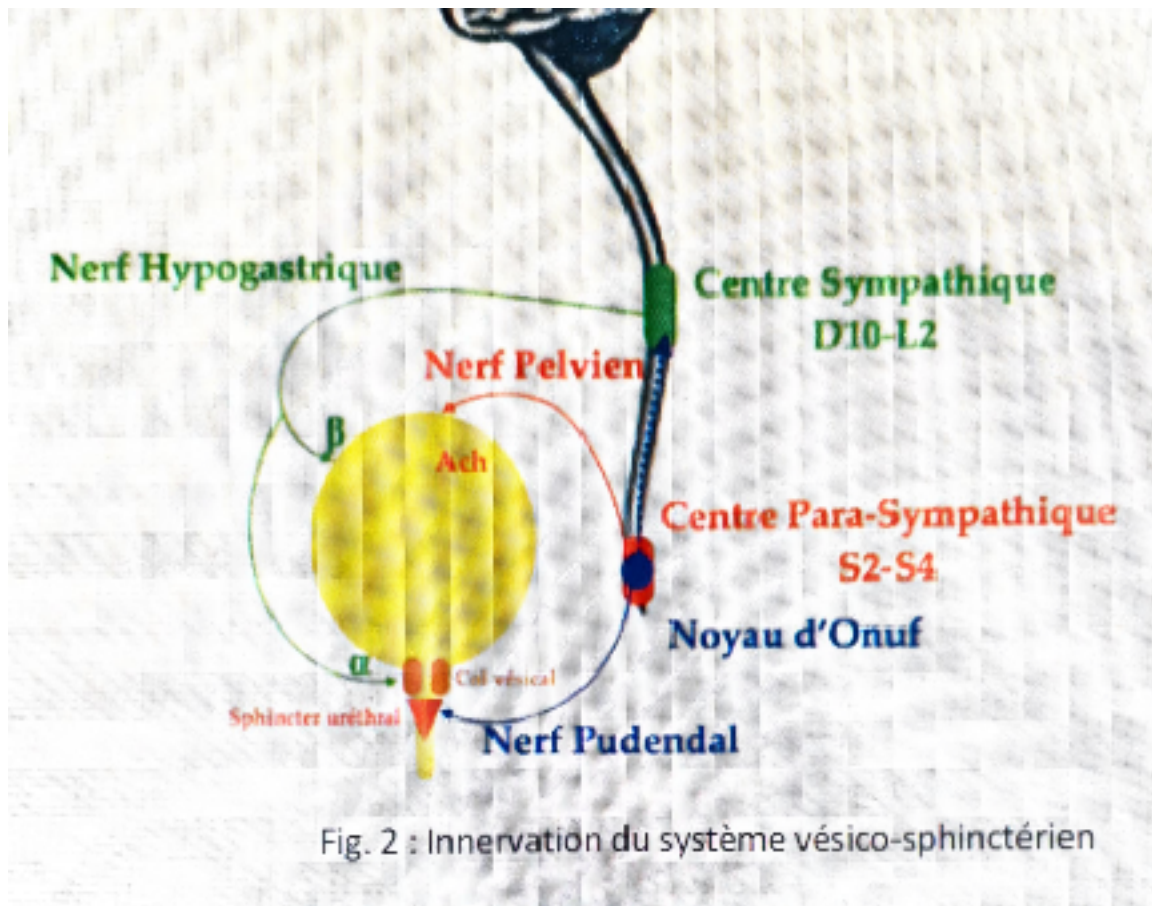
Les dermatomes sont des territoires cutanés d'une racine nerveuse postérieure uniquement sensitive. L'acupuncture stimule les fibres A-Delta dont les voies terminales collatérales inhibent la voie nociceptive de la corne dorsale de la moelle épinière. Cet effet est connu sous le nom d'analgésie segmentaire et il est largement appliqué dans le traitement acupunctural des régions douloureuses.

Outre le fait que l'acupuncture réduit les douleurs dans le segment où sont insérées les aiguilles, cet effet segmentaire peut également être utilisé pour avoir une action sur les symptômes des troubles viscéraux. Cette action peut s'appliquer sur la douleur ou sur les réflexes autonomes.

Cela s'explique car les voies nerveuses d'afférence somatiques ou viscérales convergent en effet au niveau de la corne dorsale de la moelle où l'effet dépresseur de l'acupuncture s'applique donc autant sur l'une que sur l'autre de ces afférences.

Les acupuncteurs peuvent donc exploiter la convergence afin d'influencer l'organe en puncturant le muscle au même niveau segmentaire.

Le bas appareil urinaire reçoit une double innervation, somatique et végétative, assurée par 3 nerfs. Le système sympathique agit via le nerf hypogastrique issu du centre médullaire sympathique situé au niveau de la jonction dorso-lombaire de la moelle (D10-L2). Le nerf hypogastrique innerve le détrusor via des récepteurs β adrénergiques et le col vésical via des récepteurs α adrénergiques. Il exerce une action inhibitrice sur le détrusor entraînant son relâchement et une action excitatrice sur le col vésical entraînant sa contraction.



Le nerf pelvien trouve son origine dans le centre médullaire parasymphatique situé au niveau des métamères sacrés (S2-S4) et innerve le détrusor via des récepteurs muscariniques de l'Acétylcholine. Il assure une action excitatrice entraînant la contraction du détrusor pendant la miction.

L'innervation somatique est assurée par le nerf pudendal (nerf honteux interne). Il comporte des motoneurones issus du noyau d'Onuf localisé dans la corne antérieure des méta-mères sacrés (S2-S4). Le nerf pudendal innerve le sphincter urétral et la plupart des muscles du périnée.

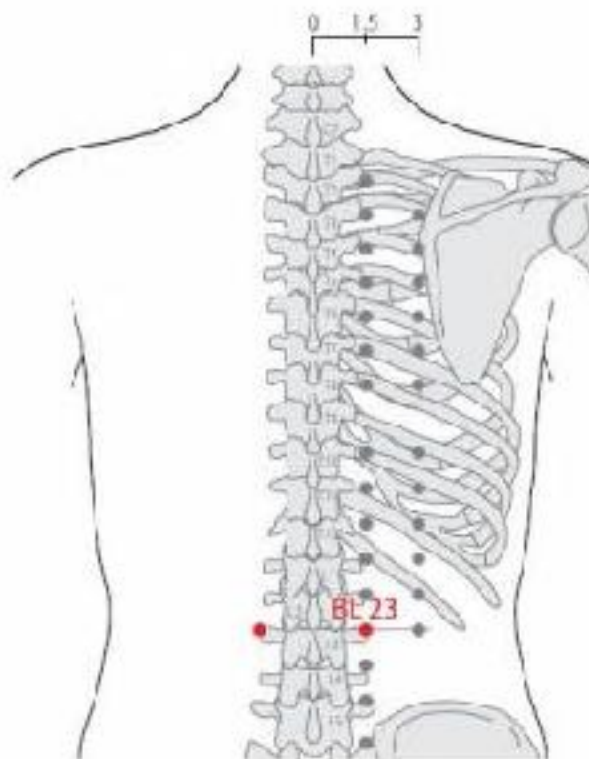
Le nerf pudendal comporte également des fibres sensibles afférentes qui vont se projeter au niveau du centre médullaire sympathique, renforçant son effet inhibiteur sur le détrusor et son effet excitateur sur le col vésical. En effet, la stimulation du nerf pudendal entraîne un relâchement de la vessie et une contraction du sphincter vésical. Ce principe est utilisé dans la rééducation des vessies hyperactives par neuro-modulation.

La paroi vésicale est très riche en terminaisons sensibles formant des mécano-récepteurs et des chémorécepteurs qui se poursuivent par des afférences sensibles transmettant l'information sur la distension vésicale aux centres supérieurs et entraînant ainsi le déclenchement du réflexe mictionnel. Ces afférences cheminent essentiellement dans le nerf pelvien mais se retrouvent également à moindre mesure au niveau des nerfs hypogastrique et pudendal.

Choix des points : VE23, VE30, VE33, VE34

VE23 : *shenshu* [仁 兪]

1,5 cun en dehors du bord inférieur de l'apophyse épineuse de L2. Dermatome L1. « *transfusion rénale* ».



Point *shu* correspondant aux Reins. Ce point a pour fonction de puiser de l'eau et de stocker l'essence. Point recevant un vaisseau venant directement des reins. Point de dispersion de l'énergie *Yang* des reins.

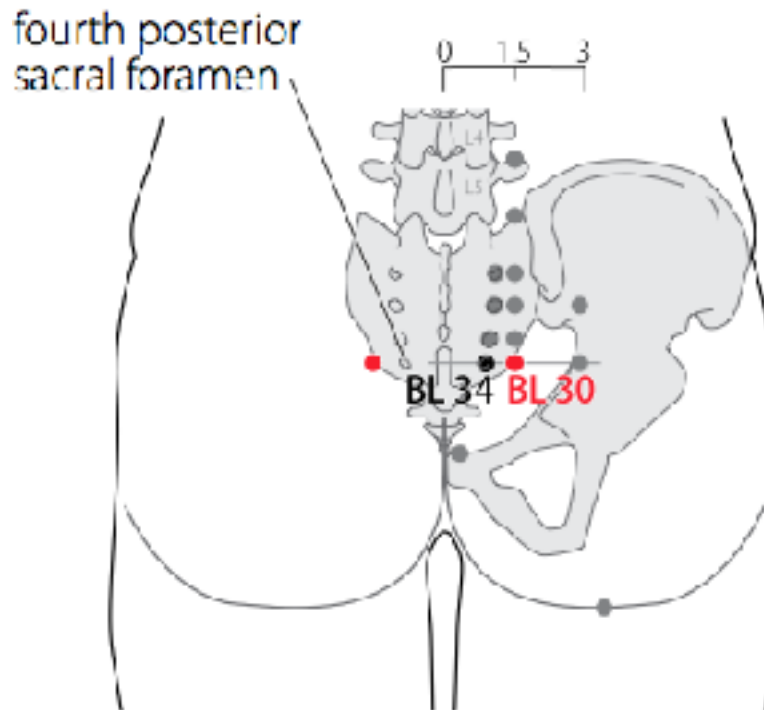
Indications fonctionnelles : Traite les reins, tonifie la colonne vertébrale, éclaire les yeux et les oreilles. Nourrit le Yin, fortifie le cerveau et la moelle, est utile au cerveau. Fortifie la région lombaire, tonifie l'insuffisance de Yang du Rein. Consolide le *Jing*.

Traditionnellement utilisé dans (les indications qui nous intéressent tout particulièrement sont en gras) : **lombalgie**, spermatorrhée, priapisme, **énurésie**, dysménorrhée, pathologie pelvienne, troubles mentaux, néphrite, douleurs de colique néphrétique, ptôse rénale, **pertes d'urines**, impuissance, bronchite asthmatiforme, bourdonnements d'oreille, chute des cheveux, surdité, hématurie, œdème, épilepsie, fièvres intermittentes, gonalgie, écoulement urétral, hématurie, céphalée, lipothymie, acouphènes, surdité, dyspnée et souffle court, diarrhée, œdème, syndrome dian-folie ; **polyurie**, **incontinence d'urine**, annexite chronique, hypertension artérielle, glaucome, blessure des parties molles de la région lombo-sacrée.

Indications tirées de la littérature : rétention d'urine du post-partum (Zhang Ke-Bin, 2003), lombalgies (Schiantarelli C, 1993).

VE30 : 白环输 *báihuánshū*

À 1,5 cun de la ligne médiane au niveau du 4ème trou sacré postérieur. Dermatome S2. « Ceinture blanche », « cercle blanc » ou « halo blanc »



« cercle blanc » peut désigner l’anus ou la fesse et ce point peut être considéré comme leur point *shu*. « halo blanc » est cité dans le taoïsme comme la source et l'essence de la vie ; il s'agirait d'un halo d'un blanc lumineux qui se trouve au milieu de la cavité pelvienne chez le vivant et qui disparaît au moment de la mort. « Ceinture blanche » en chinois et en vietnamien signifie pertes blanches ou leucorrhée. C'est un point important en gynécologie.

Indications fonctionnelles : Réchauffe le *Yang*, régularise les menstruations, perméabilise et harmonise le Foyer moyen. **Renforce les lombes**, réchauffe la matrice, disperse chaleur/humidité, régularise les règles, **traite les écoulements en renforçant le palais du *jing***.

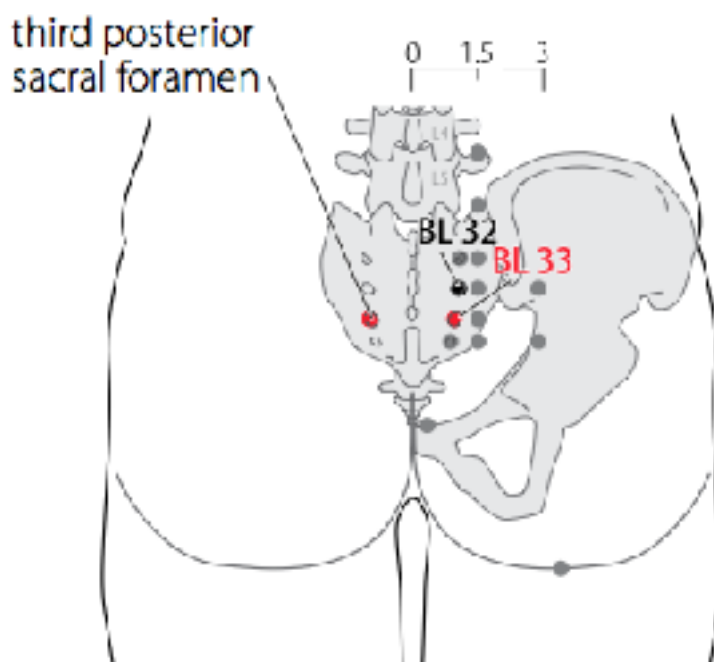
Traditionnellement utilisé dans (les indications qui nous intéressent tout particulièrement sont en gras) : Sciatique, **sacralgie**, endométrite, **lombalgie**, affections anales, gonalgie, spermatorrhée, métrorragies, leucorrhée, hernie, **dysurie**, constipation, contracture douloureuse de la colonne vertébrale, impotence fonctionnelle des pieds et des genoux, **difficulté de défécation et de miction**, irrégularités menstruelles, prolapsus rectal.

Attention l’insertion d’aiguilles longues au niveau du 4ème trou sacré expose au risque de ponction rectale (Katayama Y, 2016).

Indications tirées de la littérature : Point évalué avec succès dans la DPC ... chez l'homme ... (Zhou M, 2017).

VE33 : 中髎 *zhōngliáo*

Au niveau du 3ème trou sacré postérieur. Branche dorsale de S2. « *Trou du milieu de l'os* »



Il y a huit points de Liao dans les trous du sacrum, quatre à droite et quatre à gauche. Selon leur ordre de position, ils sont respectivement nommés *shangliao* (VE 31 le *liao* le plus élevé), *ciliao* (VE 32 le deuxième ou le deuxième du *liao* le plus haut), *zhongliao* (VE 33 le *liao* moyen) et *xialiao* (VE 34 ; le *liao* inférieur)

Point qui reçoit un vaisseau du méridien principal de la Vésicule Biliaire. Fait partie du groupe des points localisés dans les trous sacrés décrits dans Suwen (Chapitre 60) : « *Le feng est une des causes principales de la maladie. Si la malade présente des douleurs à la région rénale, l'empêchant de se tourner, et s'irradiant jusqu'aux parties génitales, il faut puncturer des deux côtés les points suivants : changkiou (31 V.E), tseuliou (32 V.E), tchongliou (33 V.E.) et ch liou (34 V.E.). Il faut, en plus, puncturer les points douloureux.* »

Point de croisement avec *zujueyin* et *zushaoyang*.

Indications fonctionnelles : Le traitement par ces quatre points, *shangliao* (31V), *ciliao* (32V), *zhongliao* (33V) et *xialiao* (34V), a à peu près le même effet thérapeutique : régulariser le Foyer

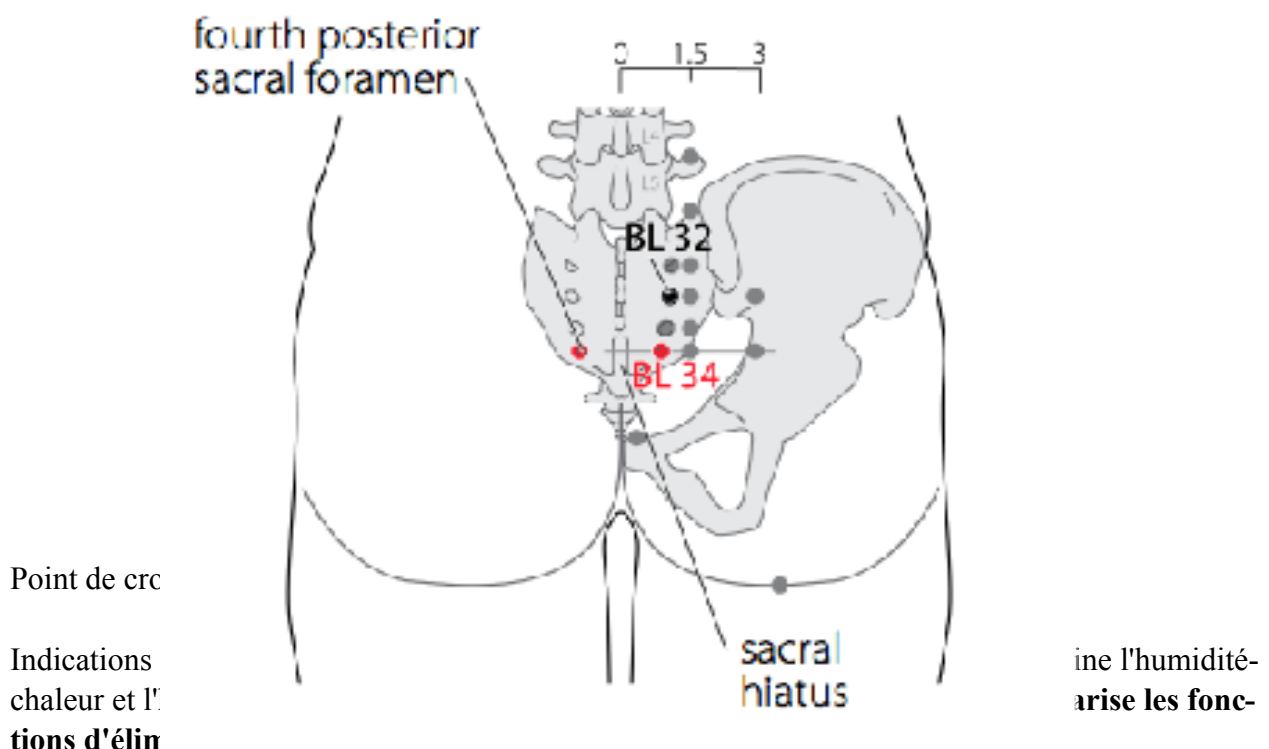
inférieur, **fortifier les lombes** et les genoux, débloquer la stagnation du *qi* et *xue* dans les *jing luo*. *zhongliao* perméabilise les méridiens, vivifie le sang, disperse le froid, calme les douleurs. Tonifie les Reins, disperse chaleur/humidité, élimine vent/humidité, **favorise la miction**, régularise les règles, augmente les contractions pendant l'accouchement.

Traditionnellement utilisé dans (les indications qui nous intéressent tout particulièrement sont en gras) : irrégularités menstruelles, leucorrhées rouges, **lombalgie**, **égouttement urinaire**, diarrhée liquide, constipation ; salpingite, ovarite, endométrite, orchite, les différentes affections génitales de l'homme et de la femme.

Indications tirées de la littérature : Vessie neurologique (NIU S, 2015). Incontinence urinaire d'effort (Chen Yuan-Xiao, 2015). Vessie hyperactive (Yang L, 2017). Rétention urinaire (Xudong G, 2005).

V34 : 下髎 *xiàliáo*

Au niveau du 4ème trou sacré postérieur. Branche dorsale de S3. « *Trou inférieur de l'os* »



Traditionnellement utilisé dans (les indications qui nous intéressent tout particulièrement sont en gras) : affections du sacrum, douleurs sciatiques, leucorrhée, affections du petit bassin, troubles des règles, orchite, paralysie des membres inférieurs, séquelles de poliomyélite, **douleur lombo-sacrée**, **dysurie**, constipation, hématurie, **douleur du bas-ventre**, borborygmes avec diarrhée glaireuse,

douleur et prurit génital ; salpingite, ovarite, endométrite, orchite, les différentes affections génitales de l'homme et de la femme.

Indications tirées de la littérature : Lombalgie et douleur du petit bassin (Zhang YF, 2012). Syndrome du releveur de l'anus (Min Li, 2016). *xialiao* est un des quatre points *liao* qui permet l'évacuation des pervers localisés dans le petit bassin (Cury G, 2010)

2ème séance

Elle est réalisée à 7 jours avec une bonne amélioration. L'IRM du petit bassin et le bilan uro-dynamique sont rassurant. Une neurostimulation distale a été mise en place par l'Urologue.

3ème séance

Je revois la patiente 10 jours après. L'amélioration se confirme et j'écris au médecin traitant afin de discuter la réalisation d'une IRM médullaire et/ou une consultation avec un neurologue ou un algologue.

4ème séance

Cette séance est effectuée après une dizaine de jours. Le Lyrica* a été stoppé devant les bons résultats mais la patiente recommence à être gênée. La neurostimulation est maintenue. La gêne reste moins forte néanmoins et concerne surtout les sensations urinaires.

5ème séance

La patiente reconsulte à 1 mois de temps. Elle présente une humeur dépressive et elle est en attente de l'IRM médullaire. Le Lyrica* a été repris à petite dose (50 mg) et n'apporte pas d'amélioration. Elle est en rééducation vésicale et trouve peu d'effets avec l'Urostim*. Elle revient car elle a constaté que le soulagement était constant après chaque séance d'acupuncture pendant environ 1 semaine mais en raison de son activité professionnelle qui se densifie elle n'a pas pu revenir plus tôt. Je lui demande en complément de ré-augmenter progressivement le Lyrica* (2*50mg pour commencer).

6ème séance

Elle revient 10 jours après et n'a pas eu de douleur depuis la dernière fois. Le Lyrica est bien supporté, l'acupuncture est appréciée. L'IRM médullaire est rassurante. Elle va partir 1 semaine en Afrique pour le travail.

7ème séance

Un trimestre se passe et elle semble relativement bien contrôlée. Elle continue néanmoins d'avoir une impression de vessie pleine en particulier nocturne qui l'oblige à se lever 2-3 fois par nuit. Je poursuis un traitement de fond en acupuncture en essayant de contrôler ses besoins imprévisibles qui correspondent la plupart du temps à des faux besoins.

Au final il ne semble pas y avoir d'anomalie au niveau du bilan urodynamique et malgré les résultats rassurants de l'IRM (canal lombaire de calibre limite, protrusion discale L5-S1 non compressive)

c'est une douleur de type neuropathique qui est retenu par l'algologue en raison de l'efficacité du Lyrica* sur les douleurs vulvaires et vésicales, et cela même si le DN4 n'est pas contributif.

Suite à la consultation avec l'algologue, il a été convenu de poursuivre l'acupuncture, qui a conduit à une amélioration notable, d'arrêter les TENS qui ne lui apportent rien, de poursuivre le Lyrica* à la dose de 50 mg matin et soir qui conviens, et de débiter une approche en hypnose médicale.

Plus tard ...

Nouvelles téléphoniques positives avec disparition des symptômes nocturnes et en cours de sevrage Lyrica*

Conclusion

Cette patiente a été particulièrement réceptive à l'acupuncture appliquée selon les principes de l'acupuncture segmentaire (action sur les douleurs et sur les troubles mictionnels). Avec une fréquence optimale évaluée à 1 séance par semaine, qui a permis d'adapter le traitement de fond par Lyrica* jusqu'à la dose d'entretien. Ce protocole a permis par la suite de soulager 3 autres patientes, en utilisant également l'électro-acupuncture en basse-fréquence qui semble optimiser les résultats. Un bel exemple d'acupuncture médicale intégrative !

Bibliographie

Borsarello Jean – Traité d'Acupuncture – Masson – 2005.

Bossy Jean – Atlas anatomique des points d'Acupuncture – Masson – 1981.

GERA, CFA-MTC, FAFORMEC – Encyclopédie Médicale Chinoise – <http://www.wiki-mtc.org/>

White Adrian, Cummings Mike, Filshie Jacqueline - Précis d'Acupuncture Médicale Occidentale [traduction Jean-Marc Stéphan] – Elsevier Masson – 2011.

M. Fourtassi A. Hajjioui - Physiologie DES VESSIES NeuROLOGiques - Espérance Médicale • Janvier 2015• Tome 22 • N° 206 – p16-18

Dr Pascal Clément

Médecin Généraliste

Médecin Acupuncteur

Coordinateur du DIU d'Acupuncture médicale, Université de Bordeaux

Rédacteur en Chef à la revue Acupuncture et Moxibustion

Membre de l'ASOFORMEC (Bordeaux)

Membre du CFA (collège français d'acupuncture)

contact : pascal.clement0572@orange.fr

Caresser, masser et prendre soin des seins : pourquoi et comment dans le Qi Gong de la femme ?

Mme Annick Ronné Le Verre, kinésithérapeute

Le *qi gong* de la femme *NU ZI QI GONG* est issu de l'école du *NEI YANG GONG* (fin de la dynastie Ming). Depuis 2000 il est enseigné en France à l'Ecole des Temps du Corps par madame LIU Ya Fei, 7^{ème} représentante de la Dynastie du Nei Yang Gong.

La fonction principale de ce *qi gong* basé sur la tradition mais qui se distingue du travail classique est de régulariser les méridiens *renmai*, *daimai*, *dumai* et *chongmai*, d'harmoniser le sang (*xue*) du corps au niveau de points spécifiques, en particulier *tanzhong* qui nous intéresse dans cet exposé et de favoriser l'expression de *YIN ROU ZHI MEI*, la souplesse et la beauté de la femme.

Parmi les dix mouvements qui composent ce *qi gong* nous nous intéresserons au mouvement *ROU RU ZHUAN JIAN*, « frotter les seins en tournant les épaules », point de départ de la pratique de ce *qi gong*.

Mots clés : seins, *xue/qi*, yin, souplesse et beauté de la femme, *tanzhong*, frotter, pourquoi, comment ?

1. Présentation de la méthode

Le *qi gong* de la femme a 3 objectifs :

Conserver la santé et la vitalité en respectant la nature de la femme

Améliorer la qualité de vie et cultiver la nature de la femme : la beauté et la souplesse

Soigner les désordres fonctionnels liés au cycle physiologique et les maladies gynécologiques quand elles existent.

Pour atteindre ces objectifs la pratique des mouvements et des automassages va concerner 4 grands méridiens extraordinaires et des zones énergétiques spécifiques :

renmai : creuset dans lequel la vie émerge et qui a la charge de la mise en forme de cette vie, « l'océan du *qi yin* du corps ». C'est la mer des 12 méridiens, de toutes les circulations plus fines (*luo* et capillaires) qui pénètrent dans les muscles et les tendons.

daimai : relié avec la bonne santé de la femme, il assure la régulation de ce qui doit monter pour que ça monte et de ce qui doit descendre pour que cela descende . La fluidité dans *le daimai* est liée à la fluidité dans les autres méridiens (*jing mai*) qu'il enserre à la manière d'un ruban noué autour de la taille (*yao*).

dumai : « l'océan du *qi yang* du corps » : le *yin* s'appuie sur le *yang* qui le réchauffe et le « vaporise » : *renmai* est en relation avec *dumai* comme le *yin* est en relation avec le *yang*, et

la terre (*kun*) en relation avec le ciel (*tian*) : « *wu yin bu sheng, wu yang bu zhang* », « sans le *yin* pas de naissance, sans le *yang* pas de croissance. »

chongmai : situé entre *renmai* et *dumai* : dans la pratique du *qi gong* il s'étire entre *baihui* et *huiyin*, il harmonise et régularise les méridiens *yin* et *yang* du corps.

La pratique du *qi gong* de la femme est centrée sur ces 4 méridiens mais les autres méridiens principaux (*jing mai*) sont aussi concernés ainsi que certaines zones clés qui permettent d'harmoniser la circulation *qi/xue* : les *dantian* qui sont des « réservoirs d'énergie »

tanzhong : considéré comme le *dantian* moyen pour la pratique, visualisé non pas comme un point (*xue*) mais comme « un œuf de canard », notion de volume à ce niveau. C'est le lieu d'échanges entre le *Qi* interne et le *Qi* externe . Cette zone est en lien avec le cœur et les poumons , régularise et équilibre le système endocrinien, règle les désordres liés au sang qui est l'énergie principale chez la femme. C'est l'une des « trois barrières antérieures » en relation avec *Jia Ji*, l'une des « trois barrières postérieures » , situé sur le *dumai* sous la cinquième vertèbre dorsale.

Une notion est importante : c'est celle de *yin rou zhi mei* : souplesse et beauté

Quand on parle de la beauté du *yin*, c'est l'image de l'eau de la rivière qui s'écoule naturellement , d'un mouvement qui se déroule dans une fluidité qui permet d'exprimer la souplesse (*rou*), souplesse qui est l'une des caractéristiques du *yin*, donc de la femme.

rou : c'est la souplesse qui se manifeste dans le mouvement fluide, il n'y a pas de force musculaire, seulement l'expression de la force interne (*li*). La souplesse est la base du bon mécanisme énergétique de la femme et va nourrir la nature *yin* de la femme. Si le mouvement est souple, lent, harmonieux, bien déployé alors le *qi* peut circuler et se développer et la beauté (*mei*) s'exprimer.

mei : la beauté est une caractéristique naturelle céleste pour la femme. Il s'agit ici d'une beauté qui vient de l'intérieur plus grande et plus touchante, qui reflète l'état du Cœur à la fois mental et sentimental. On ne peut dissocier la beauté qui se trouve dans la souplesse et la souplesse qui exprime la beauté de la femme : quand on suit la nature, la souplesse et la beauté s'expriment.

Le mouvement déployé, fluide, souple se manifeste dans le corps, dans la forme extérieure, mais aussi dans le Cœur, à l'intérieur. L'état du Cœur se relie avec la beauté au-delà de la forme : la beauté interne peut engendrer la beauté externe : à l'extérieur on voit la fluidité du mouvement, la souplesse, ce qui est invisible agit sur le travail externe. Parallèlement, le travail externe peut cultiver l'état du cœur qui est par définition calme, paisible, harmonieux et joyeux « *tian jing ping he* ».

Cette joie qui vient du fond du cœur est ressentie avec plaisir, et cet état de détente et de confort se manifeste aussi, c'est l'entrée dans l'état de *qi gong* : sentir le *de qi* au niveau des seins c'est préparer l'expression de la fluidité dans le *renmai*, sentir comme un ruisseau d'eau

claire qui coule sans arrêt. Grâce à la pratique ce ruisseau devient une rivière et va circuler dans le corps et nourrir les « *dantian* » et les organes.

2. Pratique de la méthode

Le *qi gong* de la femme se déroule en 10 mouvements, et commence après un temps de relaxation (*song jing mu yu*) par « l'ouverture et la fermeture de *tanzhong* » (*tanzhong kai he*) et se poursuit par « frotter les seins en tournant les épaules » (*rou ru zhuan jian*)

2a. Pourquoi commencer par les seins ?

Habituellement la pratique du *qi gong* commence par un travail sur le *xia dantian*, le *dantian* inférieur : poser la respiration abdominale, trouver sa racine sous les pieds pour assurer la souplesse des mouvements et l'enracinement entre ciel et terre. Le centre de ce *dantian* inférieur est le *qihai*, la mer des souffles.

Dans le *qi gong* de la femme, le centre du *dantian* inférieur est le *shenque*, 8 *renmai*, et *tanzhong* est le centre du *dantian* moyen situé entre les deux seins, c'est l'« océan du sang » centre énergétique chez la femme pour la production et la régularisation du sang.

Situé dans la partie yang du corps dans la relation ciel/terre, *tanzhong* va ouvrir la communication avec le *dantian* inférieur. Cette communication peut être perturbée par des blocages dus aux émotions excessives : la colère, la tristesse, l'agitation, les préoccupations, bloquant le *qi* dans les méridiens Foie, *zu jueyin* ou *jueyin* de pied, et Vésicule Biliaire, *zu shaoyang* ou *shao yang* de pied, qui entourent la poitrine. La sécrétion des hormones féminines de bien-être est perturbée et la sécrétion des neuromédiateurs favorise ainsi un mal être et accélère le vieillissement. Activer la zone de *tanzhong* contribue à régulariser l'équilibre hormonal favorise la sécrétion d'endorphines.

L'ouverture et la fermeture de *tanzhong* va préparer la mobilisation du *qi* au niveau des seins en favorisant la communication entre *shanzhong* et *jiaji*, véritable passage énergétique avant/arrière, intérieur/extérieur entre le *yin* et le *yang* en associant la respiration, l'intention (*yi*) au mouvement fluide du corps dans l'axe ciel terre.

La région des seins est un carrefour de souffles et de méridiens, c'est là que se font aussi les liaisons *yin* de la grande circulation, Rate/Pancréas, Foie/Maitre Cœur, Rein/Cœur et des niveaux énergétiques : *shaoyin*, *jueyin* et *taiyin*.

L'automassage des seins va ouvrir la communication dans le *renmai* qui va « assumer sa charge » et préparer la circulation dans les *dantian* moyen, inférieur postérieur et du fond.

Enfin dans le cadre d'une grossesse et d'un allaitement, l'automassage des seins agit sur le mamelon (relié au Foie) et sur le sein (relié à l'Estomac) pour stimuler la transformation du lait en sang donc en énergie pour la femme. Quand il n'y a pas d'allaitement, la stimulation du mamelon favorise la transformation de l'énergie en nourriture spirituelle, et la communication avec le *dantian* inférieur, en particulier avec l'utérus lieu d'expression du plaisir orgasmique.

2b. Comment ? : « frotter les seins en tournant les épaules pour faire circuler l'énergie à l'intérieur »

C'est un mouvement possible dans le lâcher prise : l'ouverture de *tanzhong* a favorisé la circulation du souffle à la fois dans la poitrine et dans les mains.

Ce massage a 2 fonctions, celle de masser les seins et de mobiliser les épaules pour assouplir les épaules, les coudes et les poignets. Pendant le massage les mains restent à plat sur les seins, les doigts sont relâchés, *laogong* sur le mamelon, et le mouvement couvre le sein sans jamais crispier les doigts, le massage se fait dans 2 sens : de l'intérieur vers l'extérieur (du bas vers le haut) et de l'extérieur vers l'intérieur (du haut vers le bas).

Les doigts et la paume se moulent sur le sein afin de réaliser une fusion douce et agréable entre les mains et les seins : l'intention (*yi*) reste au niveau des seins et si la force du massage est bien dosée, une sensation agréable et confortable s'installe dans tout le corps (*shushi*).

3 techniques sont possibles, choisies en fonction de l'état physiologique de la femme :

a) *rou fa*: « frotter les seins »

C'est un automassage préventif en profondeur qui entraîne les tissus sans force mécanique, il régularise la circulation du souffle dans les seins, il peut lever des blocages chroniques, agir sur les gonflements et douleurs des seins avant les menstrues ou dues à des émotions qui bloquent le *qi* du Foie. Cet automassage est également efficace chez les jeunes filles à la puberté (la puberté commence par les seins sous l'influence de *renmai* et *chongmai*) quand il y a un retard de croissance ou quand il n'y a pas de sensations dans les seins.

rou fa est aussi recommandé en période de ménopause pour stimuler la production d'hormones.

b) *mo fa*: « caresser les seins »

Les mains posées avec douceur et légèreté sur les seins vont glisser sans entraîner les tissus profonds : pas de force musculaire, c'est le *qi* de *laogong* qui pénètre dans les seins pour régulariser la circulation *qi/xue*.

Cet automassage est recommandé dans les cas d'inflammation, gonflement douleurs des seins. Cette technique plus douce et superficielle va lever le blocage du *qi* donc du sang et fluidifier la circulation *qi/xue*.

c) *xuan kong fa* et *zhua shuai fa*

xuan fa : « masser les seins et prendre à distance »

Après avoir réchauffé les mains, les poser sur les seins pour sentir l'énergie, puis placer les mains devant les seins à environ 2 à 3 cm, *laogong* en regard des mamelons. Faire des cercles de l'intérieur vers l'extérieur, 6 tours, puis diriger les doigts « en bec de canard » vers chaque mamelon pour prendre les énergies perverses (*zhuo qi*) et les rejeter de chaque côté du corps en balançant les bras 3 fois et en exprimant le son *xu* court, explosé et non voilé. Dans une

même séance, faire 6 à 9 fois le massage et projeter en balançant les bras de chaque côté pour fluidifier et chasser les énergies perverses.

xuan fa est recommandé en cas de pathologie au niveau des seins avant ou après une opération : calcifications, kystes, cancer. Dans ce cas, pratiquer *xuan fa* pendant 3 à 5 ans, 6 à 9 fois par séance. Si la santé est rétablie au bout de 3 ou 5 ans, reprendre la *méthode mo fa* ou *rou fa*.

En cas de reconstruction du sein, pratiquer 3 à 5 ans après l'opération : 3 à 6 tours, 6, 9 ou 18 fois, plusieurs fois dans la journée.

S'il y a des calcifications fixées, choisir *mo fa* ou *xuan fa*

La respiration : elle s'associe au mouvement d'une manière naturelle et met en mouvement le *qi* : à chaque inspiration/expiration le *qi* circule sur une distance de 6 *cun* (environ 2 cm), sans la respiration le *qi* ne peut circuler, il convient donc d'éviter la rigidité (*jiang zhi*) le blocage (*dai pan*) qui troublent la circulation énergétique.

3. Conclusion

L'esprit du *qi gong* est de régulariser, de mettre en contact les systèmes du corps avant de s'orienter vers un symptôme précis. Ce massage des seins permet d'entrer dans l'état de pratique afin de se préparer aux autres mouvements, chaque mouvement étant la manifestation de l'unité des trois trésors : *jing, qi, shen*.

Pour cela s'entraîner (*lian*) jusqu'à ce que le corps ait vécu, répondu ! Pratiquer avec persévérance et unir la compréhension du Cœur (*wu*) avec le travail du corps : *wu* c'est comprendre avec le Cœur, c'est un ressenti qui n'a besoin ni de paroles ni de lectures, c'est un voyage en soi qui se renouvelle à chaque pratique, c'est découvrir un état de paix dans le Cœur qui remplit d'amour envers soi, envers les autres, envers le monde

Enfin la pratique du *qi gong* et en particulier du *qi gong* de la femme offre 2 luxes : prendre le temps, et prendre plaisir.

MKDE (1969)

Annick Ronné le Verre

Conseillère en pratiques corporelles traditionnelles chinoises

16 rue Bouchut 75015 Paris

jal.formebienetre@gmail.com

06 47 73 59 82

YU TANG
RM18



Madame Isabelle JOHNSTON et madame Anaïs POLLET, sages-femmes acupunctrices

En vue de la validation de notre DIU d'acupuncture obstétricale, nous avons effectué notre mémoire sur le point *yutang*, afin de connaître ses indications possibles en gynécologie-obstétrique.

REVUE DE LITTÉRATURE

RM18, *YU TANG* 玉堂: INTERPRETATION DES DIFFERENTS AUTEURS, SIGNIFICATIONS

yutang est le nom principal du *RM18*

YU 玉: **Jade**, désigne toutes sortes de belles pierres. Les termes précieux, estimable, respectable, beau, parfait, excellent, éduquer, former, impérial s'y rattachent. La pierre de jade a des propriétés de dureté, de solidité qui en font une pierre noble. Le jade symbolise les cinq vertus : la sagesse, le sens des rites, le sens de l'humain, le sens des devoirs, la relation de confiance.

TANG 堂: palais, grande salle, terrasse couverte pour des cérémonies ou réception. Salle centrale ouverte sur l'extérieur du bâtiment, fondation d'une construction, haut, élevé, majestueux, mère, parent du côté paternel d'où parent portant le même nom de famille.

YUTANG 玉堂

Yutang implique la notion d'une réunion dans une ambiance délicate et parfaite à l'image du jade, dont l'éclat est doux, dont le toucher est chaud et dont la sonorité est l'écho de l'harmonie qui règne entre le ciel et la terre

La position de *yutang* au niveau de la poitrine le met en lien avec *zongqi* les souffles ancestraux, formés et renouvelés par notre alimentation et notre respiration. Ces souffles sont propres à un être et leur qualité dépend de cet être. (4)

Ces souffles nous relient au projet humain de nos parents et de nos ancêtres.

YUYING 玉英 : autre nom donné à RM18 ; *ying* 英 : fleur, meilleur, beau, excellent, habile, intelligent, pierre précieuse semblable au jade

Yutang est un point de *renmai* ou Vaisseau Conception qui est un Méridien extraordinaire ou Méridien curieux du groupe des reins. *renmai* a un rôle de régulation : il absorbe les difficultés dans les situations inhabituelles, il va s'activer quand le système est débordé.

Les méridiens curieux sont porteurs de l'énergie héréditaire, de l'énergie du Rein et sont intimement liés au processus de création et de reproduction. *renmai* est la mer des méridiens *yin*

La voie de l'Empereur suit le méridien *renmai*. C'est du travail d'Henning Strom que nous tenons cet intitulé de voie de l'Empereur. Voici ce que nous dit cet auteur : Au niveau du 6ème palier, il y a les points RM16, RM17 et RM18. Sur la ligne du RM18, les points RE24 *lingxu* 靈虛, ES16 *yingchuang* 膺窗 et RA19 *xiongxiang* 胸鄉 permettent à l'individu de réaliser ses intentions sur terre, de communiquer avec autrui. Ils peuvent être utilisés lors de problèmes d'expression de soi, de faiblesse de l'âme, de difficulté à s'imposer dans la société, pour les personnes sous l'emprise de drogue, de la famille et de l'enfance.

RM18, *yutang* est situé au niveau du 3ème espace intercostal, à ce niveau deux notions principales se dégagent des noms des points.

La protection avec ES16 *yingchuang* (*ying*= bouclier, *chuang*= fenêtre, lucarne derrière laquelle on peut se cacher); RE24 *linggiang* (*giang*: mur, rempart); RA19: *xiongxiang* (*Xiang*: campagne, notion de périphérie, ce qui entoure, protège la poitrine *xiong*).

Ce qui est précieux, beau, merveilleux. RM18 est le plus représentatif de cette notion.

RE24 *lingxu* porte aussi dans son nom la notion de merveilleux. *ling*= ce qui est merveilleux, surnaturel, prodigieux; *xu*=le vide qui contient le merveilleux tout en le protégeant, c'est la même chose pour *tang* de *yutang* : grand bâtiment, espace qui contient, renferme et donc protège.

Nous retrouvons les 2 idéogrammes de la poitrine : *ying* et *xiong* (RM18, *yuying*, RA19 *xiongxiang*, ES16 *yingchuang*, RM17 *xiongtang*, P1 *yingshu*) avec *ying* et la notion de force protectrice quasi guerrière et *xiong* poitrine considérée comme siège de l'intelligence et des sentiments, des pensées et affections.

RA19 représente l'espace périphérique protégeant les sentiments, l'affectif.

ES16 renvoie à la notion de force protectrice guerrière

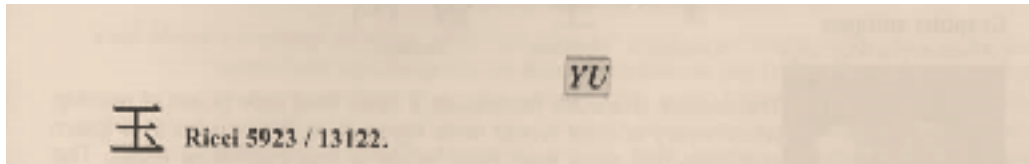
RE24 symbolise le rempart permettant le vide qui fait approcher le merveilleux

Et RM18 renvoie à un espace de protection de la beauté et de ce qui est précieux

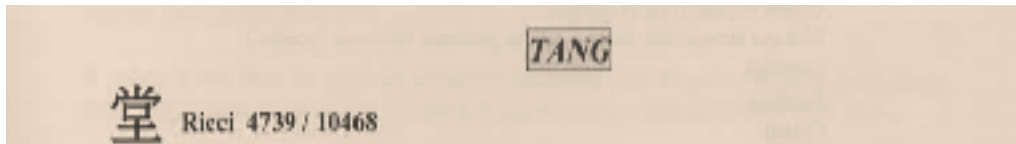
18RM *yutang* 玉堂 est également un point de l'axe *jueyin*. L'axe *jueyin* est composé des méridiens *zujueyin* ou méridien du Foie et *shoujueyin* ou méridien du Maître Cœur. *Jueyin* est la fin du yin et le passage du yin au yang. *Jueyin* termine un cycle et annonce le suivant. D'après le Leijing, *jueyin* fait communiquer le début et la fin. Ce changement de cycle met en évidence « la nécessité d'une continuité et d'une transmission pour que la vie se pérennise. (9). Cet axe énergétique contient plus de sang que d'énergie. L'axe *jueyin* est très lié au sang, au cœur.

IDEOGRAMME DE YU TANG 玉堂





YU représente 3 plaques de Jade superposées et reliées par un fil



TANG représente un hall de réception, une salle d'audience, une terrasse, un grand bâtiment, un palais, une pièce principale, une grande salle, endroit où l'on pratiquait des rites pour obtenir une bonne récolte, base d'un édifice.

Il contient l'idéogramme TERRE

L'association des idéogrammes de *yu* et de *tang* représente donc les qualités de la Jade, et un lieu majestueux, fondateur, élevé.

LOCALISATION ET TECHNIQUE DE PUNCTURE

Tous les auteurs le localisent sur la ligne médiane antérieure, à 1,6 cun au-dessus de RM17 au niveau du 3^{ème} espace intercostal. Il est puncturé à 0,3 cun de profondeur, en oblique pour les auteurs NGUYEN et SHANGAI

SYMPTOMATOLOGIE

LES SYMPTOMES AU NIVEAU DU THORAX/POITRINE

- Palpitations à l'effort ou la nuit (SOULIE DE MORANT)
- Trachéite, emphysème, pleurite (NGUYEN VAN NGHI)
- *yutang* « élargit le thorax, arrête la toux, élimine les glaires » (GERARD GUILLAUME MACH)
- Nervosité, douleur de la poitrine, quinte de toux, dyspnée, oppression de la poitrine, suffocation intermittente, malaise cardiaque avec toux rebelle à cause de l'afflux énergétique entraînant une plénitude thoracique (DACHENG)
- Névralgie intercostales (ROUSTAN)

- Douleur aux cotés du thorax et aux os, halètement avec reflux du souffle vers le haut, angoisse, palpitation comme symptomatologie dominante pour JIAYI JING
- Pour G. ANDRES , « la poitrine est le lieu d'expression des sentiments, les conflits s'y reflètent »

LES SYMPTOMES DIGESTIFS

- Gonflement de l'estomac après les repas et somnolences, défécation lente et crise de diarrhées (SOULIE DE MORANT)
- Nausées, vomissements (NGUYEN VAN NGHI)
- Embarras gastrique (DACHENG)

SYMPTOMES EMOTIONNELS

- Nervosité, anxiété, agitation, esprit agité, angoisse (DA CHENG)
- *yutang* libère les émotions et fait circuler le réchauffeur supérieur (J. MONLOUIS)

SYMPTOMES EN LIEN AVEC LA NOTION DE LIGNEE, LA TRANSMISSION

- C'est principalement à la lecture de J.M KESPI que l'on découvre cette notion. Dans l'Homme et ses symboles il explique qu'en MTC, le RM18 est de l'ordre de l'Homme et de la voûte céleste impériale, temple des ancêtres, (Palais de jade) et répond à la lignée des ascendants aux descendants, (quand le RM17 correspond au temple des prières et le RM19 correspond à l'autel du tertre circulaire). Pour lui RM18 assure la continuité dans l'espace et le temps à tous les plans (paix, prospérité, lignée). Le *jueyin* permet de circuler avec aisance et souplesse à tous les plans, y compris des ascendants aux descendants. GILLES ANDRES reprend ces notions dans un article et explique que « les relations familiales entre ascendants et descendants semblent être gouvernées par *yutang* ». *yutang* est nœud du *jueyin* et *jueyin* est la fin d'un cycle donc il annonce le cycle suivant. Il apparaît ainsi la notion de TRANSMISSION : le changement de cycle met en évidence la nécessité d'une continuité et d'une transmission pour que la vie se pérennise, il fait communiquer le début et la fin. Sa position au niveau de la poitrine le met en lien avec les souffles ancestraux, *zongqi*. J.M KESPI précise que « Ce serait un remède de structuration identitaire par rapport au père, notion de continuité avec l'enfant » « *yutang* régit toutes les continuités ». Paul Couderc à propos d'un cas clinique explique avoir choisi de puncturer *yutang* en référence à « l'écho de l'harmonie entre ciel et terre, yang essentiel contribuant à la restauration de l'être ». Nous retrouvons la notion de la place dans la famille dans un article de H. STROM : (12) RM18 lui évoque « les difficultés à s'imposer dans la société, prisonnier de drogue, de la famille, de l'enfance »
- J. MONLOUIS de la même façon évoque la notion de « place à tenir, être dans la veine de sa vie ».

CAS CLINIQUES ET DISCUSSION

CAS CLINIQUES

Dans notre pratique quotidienne de sage-femme, nous réalisons des consultations médicales de suivi de grossesse, des entretiens prénataux, des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (pour ce qui est de notre activité obstétricale), des consultations de suivi gynécologique de prévention.

Au cours de ces rencontres, et de façon très fréquente, sont abordées par les patientes elles-mêmes des questionnements autour de :

- La relation avec leur propre mère, père
- Les relations dans leur fratrie
- La transmission
- La qualité de leur fonction de mère : serais-je une bonne mère

Ces nombreuses interrogations émergent aussi du fait de « la transparence psychique de la grossesse » et des « remaniements psychiques » pendant la grossesse.

De ce fait, les femmes analysent leur propre rapport à leurs parents, l'éducation qu'elles ont reçue, l'évolution de leur lien à leur mère, à leur père, elles ont un regard différent sur ce qu'elles ont reçu, *et vont penser* ce qu'elles souhaitent transmettre, et ce qu'elles ne souhaitent pas transmettre. Ces remaniements seront d'autant plus importants que la femme aura connu des difficultés dans son enfance, son adolescence. Ces pensées, ces interrogations, vont générer parfois des angoisses fortes pendant la grossesse, identifiées, ou pas, et s'exprimer sous différentes formes, différents symptômes.

Cette symptomatologie que les femmes nous confient peut-être retrouvée parmi celles décrites pour *yutang* par les auteurs telle que

- Oppression thoracique, la sensation de plénitude de la poitrine au point de ne pas arriver à respirer
- angoisse, palpitations, nausées vomissements, embarras gastrique, la nervosité, l'anxiété, l'agitation, l'esprit agité, l'angoisse,
- *yutang* « permet au cœur de s'apaiser ». Quand ce point n'est plus capable d'être dans la veine on note de l'angoisse, de l'agitation. *yutang* libère les émotions et fait circuler le réchauffeur supérieur
- RM18 qui renvoie à un espace de protection de la beauté et de ce qui est précieux
- « RM18 assure la continuité dans l'espace et le temps ».
- « Le *jueyin* permet de circuler avec aisance et souplesse à tous les plans, y compris des ascendants aux descendants »
- « les relations familiales entre ascendants et descendants semblent être gouvernées par *yutang* ».
- « *jueyin* est la fin d'un cycle donc il annonce le cycle suivant. Il apparaît ainsi la notion de TRANSMISSION ».
- La poitrine est le lieu d'expression des sentiments, les conflits s'y reflètent »
- la nécessité d'une continuité et d'une transmission pour que la vie se pérennise, il fait communiquer le début et la fin. Sa position au niveau de la poitrine le met en lien avec les souffles ancestraux,
- Ce serait un remède de structuration identitaire par rapport au père, notion de continuité avec l'enfant
- « les difficultés à s'imposer dans la société, prisonnier de drogue, de la famille, de l'enfance »

- la notion de « place à tenir, être dans la veine de sa vie »

Voici 2 situations cliniques rencontrées en consultation choisies parmi celles exposées dans notre mémoire

KARINE : angoisse, transmission

Karine patiente de 25 ans, primigeste consulte pour l'entretien prénatal car « elle a un problème avec sa grossesse ».

Antécédents :

Dépression à 20 ans

Cycles réguliers, règles normales, syndrome prémenstruel avec douleurs.

Histoire personnelle :

- ☐ Son père était violent physiquement avec sa mère. Elle a 2 frères, ils ont tous été témoins de cette violence jusqu'à la séparation de leurs parents alors que Karine avait 13 ans. Elle-même a été victime de violences psychologiques de son père. Il était terrorisant, surtout avec elle, pas avec ses frères. Puis elle dit « ensuite je n'ai plus eu de mère ». En fait, quelques temps après la séparation, elle dit avoir vu sa mère devenir une femme. « Elle a beaucoup changé, est devenue coquette, est sortie, a rencontré un homme ». Karine s'est sentie délaissée par cette mère, ce qui l'a fait souffrir mais qu'elle dit comprendre.
- ☐ Elle a quitté le domicile familial à 18 ans « dès que j'ai pu »
- ☐ Elle va réussir à faire des études en travaillant, aujourd'hui elle a un emploi confortable. Elle a rencontré son conjoint il y a 3 ans et décrit sa relation comme excellente.
- ☐ Karine parle avec justesse de son histoire, a pris du recul, bannit la violence. Elle semble équilibrée, heureuse dans sa nouvelle vie.

Grossesse actuelle :

- ☐ Elle explique qu'elle a désiré cette grossesse, mais que dès l'instant où elle a découvert sa grossesse, une angoisse est survenue « je suis terrifiée à l'idée d'avoir un garçon ». Cette angoisse ne la quitte pas, la déstabilise. Elle se sent « agitée ». Elle dit que son conjoint est à l'écoute, il essaie de la rassurer, il est très prévenant et investi, il souhaitait vivement être père.
- ☐ L'annonce de la grossesse l'a fragilisée fortement, elle ne comprend pas, elle ne se sent plus sereine, seulement angoissée d'avoir un garçon. Cette peur est énorme.

☐ L'angoisse d'avoir un garçon est-elle en lien avec la peur de son père, la peur de transmettre quelque chose de son père à ce bébé ? Karine travaille en parallèle ses angoisses avec un psychiatre.

Devant cette histoire, la symptomatologie de RM18 (nervosité, angoisse), la symptomatologie de *yutang* en relation à la lignée m'apparaît, la notion de transmission, d'« être prisonnier de son enfance ». Nous pouvons aussi penser à la notion de continuité avec l'enfant développée par J.M. KESPI quand il dit « 18 RM serait un remède de structuration identitaire par rapport au père, notion de continuité avec l'enfant »

Une séance d'acupuncture est donc proposée à l'issue de l'entretien pour travailler sur les angoisses ressenties.

Consultation à 21 SA :

Anamnèse :

- ☐ Karine se dit très frileuse de nature avec pieds et mains froids, moins pendant la grossesse.
- ☐ Elle peut avoir des sueurs diurnes.
- ☐ Elle est très constipée, a eu un fécalome récemment.
- ☐ Elle se sent nerveuse et émotive ++

Elle s'endort bien, se réveille pour uriner et se rendort très difficilement car elle rumine ses angoisses.

Elle a des douleurs lombaires basses et en haut des cuisses.

A l'examen clinique :

- ☐ Pouls de la barrière droite faible, pouls un peu rapides
- ☐ La langue est un peu rouge et sèche

Diagnostic :

Constipation par atteinte des liquides en lien avec insuffisance de Rate qui favorise aussi la rumination, l'anxiété. Il y a aussi un peu de chaleur (pouls rapides, langue rouge sèche)

Choix des points :

- ☐ RE9 : Nourrit la grossesse, calme l'esprit.
- ☐ RA8 : choisi pour travailler sur le méridien de la Rte, point *xi*, et point utile si les pensées sont en excès, rumination
- ☐ ES25 : Point *mu* de Gros Intestin, lié à la nutrition, renforce la Rte

- ❓ RM18 est puncturé aussi en lien avec la notion de transmission, « prisonnier de son enfance »
« RM18 serait un remède de structuration identitaire par rapport au père, notion de continuité avec l'enfant »

Evolution :

Lors de la seconde séance, Karine se sent beaucoup moins agitée, elle dit qu'elle ne pense plus beaucoup au fait d'avoir un garçon comme un problème. Pourtant entre deux, elle a appris qu'elle attend un garçon. Elle est moins constipée.

CAPUCINE : oppression, agitation, nervosité

Capucine patiente de 34 ans, 2^{ème} geste, primipare consulte pour une angoisse générant une oppression thoracique.

Antécédents :

- ❓ Ménarches à 13 ans, présente des cycles menstruels longs (35/45j) irréguliers, avec des menstruations pendant 10jours d'abondance normale.
- ❓ Une première grossesse spontanée après 2 ans et demi d'essai
- ❓ Déroulement normal de la première grossesse en 2016, travail spontané et rapide. Une césarienne en urgence est pratiquée pour non-progression du bébé dans le bassin après échec de ventouse et forceps. La césarienne a lieu sous anesthésie générale car Capucine est dans un état de panique. Naissance d'une fille de 3280g. Il y a un défaut de surveillance en salle de réveil : Capucine présente une hémorragie massive, a lieu une reprise des sutures au bloc pendant 6h avec polytransfusion massive. L'allaitement maternel dure 16mois.
- ❓ Il n'y a pas de suivi psychologique dans un premier temps. La patiente déménage et montre des signes d'un syndrome de stress post traumatique. Elle verra 3 fois une psychologue. 2 ans après, dans un contexte de surmenage au travail, elle s'effondre. Un suivi conjoint par son médecin traitant et un psychiatre aboutit à la mise en place d'un traitement par antidépresseur.

Histoire personnelle :

- ❓ La patiente évoque une enfance et une adolescence marquée par la sévérité de sa mère (gifles, douches froides) et l'absence d'investissement dans l'éducation de son père (sourd et dans son monde)

- ☐ A l'adolescence elle a subi un viol et n'a pas été entendue par sa mère
- ☐ Son premier compagnon est maltraitant physiquement et psychologiquement. Ce n'est pas le père de ses enfants.
- ☐ Capucine dit être très exigeante avec elle-même et son entourage. Avant de devenir mère, elle pratiquait 8h de sport par semaine.

Grossesse actuelle :

- ☐ Cette 2^{ème} grossesse n'est pas prévue et survient au début de la mise en place d'un traitement antidépresseur. L'acceptation de ce bébé est difficile.

1^{ères} consultations

- ☐ La patiente consulte à 15SA+6 j pour une incontinence urinaire à l'effort. Une insuffisance de yang de Rein est retrouvée.
- ☐ La patiente consulte à nouveau à 33SA+3 pour un sentiment de lassitude, des pleurs fréquents et un RGO important. Traitement de Dai Mai et soutien du Rein

Consultation à 35SA+5j

A l'anamnèse :

- ☐ Elle se sent oppressée en continu et pense énormément à la relation plutôt conflictuelle qu'elle entretient avec sa mère
- ☐ Elle présente des troubles de l'endormissement, elle a chaud et présente des sueurs nocturnes et une agitation.

A l'examen clinique :

- ☐ la langue présente un enduit mince et une sécheresse
- ☐ Les poulx : pied droit faible, pouce et barrière droite pleins, pouce gauche plein et barrière tendu.

Diagnostic :

- ☐ Insuffisance de *yin* de Rein et stagnation du *qi* du Foie

Choix des points :

- ☐ RE3 *taixi* 太谿: pour nourrir le yin des Reins
- ☐ MC6 *neiguan* 内關 pour lever la stagnation du *qi* du Foie

❓ La puncture de ces 2 points aurait peut-être été suffisante, mais l'évocation de cette oppression thoracique associée à une préoccupation quasi constante de sa relation à sa mère m'amène à RM18. De plus, Capucine semble être de typologie Bois *yang* ce qui me conforte dans ce choix

Evolution :

Au bout de 2 jours la patiente ressent une amélioration. Elle se sent plus sereine et l'oppression thoracique a disparu.

Une césarienne programmée a lieu 3 semaines après cette consultation, naissance de d'un garçon de 3210g. Les suites de cette naissance ont été simples et le lien avec son petit garçon bien établi.

DISCUSSION

A partir de tous les éléments étudiés dans notre première partie, de la connaissance de *yutang* acquise en théorie, nous souhaitons comprendre si *yutang* avait des indications en gynéco-obstétrique, et si nous avons des occasions dans notre pratique de l'utiliser.

En effet, après avoir découvert ce point lors d'une consultation en stage, le point *yutang* RM18, "palais de jade" a suscité chez nous de la curiosité et de l'admiration en raison de ses qualités et de la beauté de sa signification.

Dès lors en consultation, nous avons constaté que beaucoup de patientes présentaient des symptômes pouvant évoquer la symptomatologie étudiée de *yutang*.

yutang a des indications sur des signes physiques (vomissements, nausées, oppression thoracique etc...) que nous retrouvons de façon très fréquente durant les grossesses.

Il a aussi des indications sur des notions beaucoup plus vastes telles que la notion de transmission, d'être dans la veine de sa vie, de la continuité de la lignée...

En fait, nous avons trouvé que ces notions surgissent souvent aussi lors des entretiens prénataux que nous menons. Les patientes abordent fréquemment cette crainte de transmettre des choses qu'elles jugent négatives, de reproduire, ou au contraire de ne pas se sentir à la hauteur du rôle de mère qu'on attend d'elle...

Ces consultations d'acupuncture ont pu être un lieu d'échanges et d'expression des fragilités de chacune, ce qui est en soit déjà souvent bénéfique pour la patiente et peut améliorer des symptômes. Cependant nous avons pu observer par la puncture de *yutang* une amélioration des symptômes physiques et une meilleure

compréhension d'elles-mêmes, les rendant actives dans ce processus de changement. 3 des patientes rencontrées (sur 6) ont entamé un accompagnement psychologique.

Nous avons également remarqué que certaines patientes de nos situations cliniques répondaient à la typologie *jueyin* et *yutang* point nœud du *jueyin*, est alors pleinement indiqué lors d'une symptomatologie relevant de celui-ci.

Ce travail nous a permis de découvrir ce point et de constater qu'il est très adapté pour une utilisation pendant la grossesse ou dans certains suivis de gynécologie, notamment pour les femmes de type Jue Yin.

Pourtant lors de nos différents stages au cours du DIU, nous avons peu vu son utilisation.

CONCLUSION

La grossesse constitue une étape importante dans la vie d'une femme et s'accompagne de changements physiques et psychiques. Cet événement souvent heureux, peut être source de déséquilibres.

Notre choix de nous former à la pratique de l'acupuncture est évidemment de nous permettre d'apporter d'autres réponses aux patientes, d'élargir notre proposition de soins.

Le choix de notre sujet de mémoire nous a permis d'approfondir la connaissance d'un point en particulier, *YU TANG*.

YU TANG, ce point du vaisseau merveilleux Ren mai est un point de protection du beau et du merveilleux de chaque individu. Sa position au niveau de la poitrine le met en lien avec l'énergie des ancêtres. Point nœud du Jue Yin, il assure une circulation aisée entre ascendants et descendants, il régule les climats internes.

Ce point majestueux, auquel nous ne pensions pas auparavant, a toute sa place dans notre pratique de sage-femme, avant, pendant et après la grossesse.

C'est ce que ce travail nous a permis de découvrir et nous ouvre ainsi de nombreuses perspectives cliniques.

Yu Tang, point magnifique....

Isabelle JOHNSTON et Anaïs POLLET

Sages-femmes

isabelle_johnston@orange.fr

anais.sagesfemme@gmail.com

BIBLIOGRAPHIE

CURY, Gilles Le Banquet des points, « *18VC Yu Tang* », mars 2014, fascicule n°87 page 14-15.

FOUET, Dominique. « Jade », Le Banquet des points, n° 87 (2014).

MONLOUIS Josyane. « Cholestase gravidique »

« La Voie de l'Empereur »,

« Le Foie »,

« Les méridiens curieux »

DIU ACUPUNCTURE 2017 /2019 Faculté de médecine de ROUEN.

ROCHAT DE LA VALLEE Elisabeth « 1001 notions de médecine chinoise ». L'imprimerie graphique de l'Ouest, 2014, 338 pages

BERGER Gil Le Banquet des points, « *YU TANG* » Etude des idéogrammes. mars 2014, fascicule n°87

Paul COUDERC Le Banquet des points « Une discrétion aimable mais affligée », Observation de Juin 1996, fascicule n°18

MARTIN Marc « Les énergies héréditaires »

« Le Cœur et le Maître Cœur »

DIU acupuncture obstétricale 2017-2019. Faculté de médecine de ROUEN.

KESPI J.M« *TIAN JING (10TR)* ET *YU TANG (18VC)* POUR DEPRESSION PUIS *SHI DOU (17RT)* POUR NI DE LA RATE », REVUE DE L'AFA -

« L'Homme et ses symboles en médecine traditionnelle chinoise » Edition Albin Michel, 2002. Pages 80 à 101

Dr STROM Henning L'Homme et ses environnements. FAFORMEC

« Les pathologies liées à l'environnement, » Paris, 2016

ANDRES, Gilles l'Homme et ses environnements. FAFORMEC

« Lignée et *YUTANG*. PARIS, 2016.

BERGER Gil Le Banquet des points « LE TROISIEME IEC ». .Revue de l'AFA n° 18 Juin 1996

SOULIE DE MORANT, NGUYEN VAN NGHI, GERAR GUILLAUME MACH CHIEU, DA-CHENG, DURON BORSARELO, JIAYI JING. LINGSHU , SUN SIMIAO. KESPI Jean Marc.
18 RM. 2019 PARTAGEONS LES POINTS.

DR TRAN TUAN ANH « souffrances et délivrance » Emotions p 113, chapitre 3 p17

VIRY Caroline « Les typologies » D.I.U Acupuncture Obstétricale 2017-2019

Au sein des seins : symbolisme de leurs points et richesses du féminin.

Mme Clélia Motte née Dejean, sage femme acupunctrice

Introduction

Formée à l'acupuncture depuis le début de mon exercice, elle accompagne nombre de mes consultations, y compris celles de suivi gynécologique de prévention. J'ai choisi ici d'explorer les points situés sur les seins d'une femme. Il m'a paru en effet intéressant d'étudier la richesse de ces points dont les indications classiques en sénologie concernent deux champs d'indications : l'allaitement et ses difficultés, et les masses du sein. De plus, ils apparaissent peu dans les ouvrages médicaux en MTC (rappelons que le Su Wen 1 ne les évoque pas) et sont encore aujourd'hui probablement les grands oubliés des revendications féministes.

Et pourtant, comme le rappelait Christian Rempp (10), « Le Sein reprend et objective toutes les étapes de la vie génitale de la femme. Il est une synthèse symbolique pour la femme et représente une unité fonctionnelle dans laquelle coexistent tous ses rôles possibles : amante, gestante, nourrice et mère. » La sage-femme est médiatrice de l'entre deux, du monde d'avant à celui d'après et inversement, celle qui « en sait sur la femme ». Exerçant dans tous les champs de la santé génésique de la femme, elle est le pivot de l'accompagnement de cette complexité, au sens de *complexus*, « ce qui est tissé ensemble ». Alors, peut-on trouver, dans les points en lien avec les seins, des clés pour mieux comprendre et accompagner les femmes, dans toute la richesse de leur identité ? Il ne s'agit pas là d'inventer de nouvelles indications aux points mais plutôt de trouver des pistes de réflexion différentes lors d'une consultation d'acupuncture auprès d'une femme.

Etymologie : le sein

En chinois, le sein est couramment désigné par l'idéogramme 乳 (GR5613), dont l'étymologie est en lien direct avec l'allaitement (12) :

				
Scène d'origine	Oracle sur écaille	Petit sceau	Écriture Liushutong	Forme actuelle

On retrouve plusieurs explications sur l'évolution des caractères. Celle de Richard Sears, alias Uncle Hanzi, d'une femme allaitant son nourrisson 子 en l'entourant de ses bras, réduits ensuite à 𠂔, et son corps simplifié en 𠂔.(1) Et celle de Wieger qui propose que 孚 représente une hirondelle couvant sa nichée de ses ailes. C. Javary précise : la partie supérieure de l'idéogramme dans « sa forme ancienne est clairement une main humaine et représente un geste : celui d'une main se posant sur la tête d'un enfant pour la pousser doucement vers la poitrine. Ce geste a été choisi pour représenter un sentiment de confiance totale et réciproque unissant deux êtres situés dans des générations différentes. » (9).

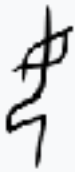
La sémantique a étendu le sens du caractère pour désigner les seins. Il est retrouvé dans les points ES17 *ruzhong* (centre, sein) et ES18 *rugen* (racine, sein).

La mère *mǔ* 母 est, quant à elle, définie par des seins avec des mamelons, de façon très nette dès les oracles sur écaille :

				
Oracle sur écaille	Ex-voto sur bronze	Petit sceau	Écriture Liushutong	Forme actuelle

Or, le nom secondaire du ES17 est *dangkong*, 當孔 où *dang* signifie « avoir la charge de, être en responsabilité », mais aussi « rencontrer, en présence de » et « couvrir, obstruer, trou, interstice », quand *kong* 孔 est le trou, l'orifice, la lumière, le hublot : l'interstice par lequel on voit arriver la lumière ; étymologiquement, on retrouve l'oiseau, traditionnellement l'hirondelle en Chine, qui retrouve ses petits dans une fente de maison en pisé. Présent bien évidemment chez l'homme, ce point, interdit à la puncture, revêt une charge symbolique importante pour la femme ; il est ouverture à l'autre, rencontre, nutrition, mais aussi responsabilité.

Cependant, le caractère de la femme *nǚ* 女 semble désigner également la poitrine mais sans souligner les mamelons ; on mesure la faible importance accordée aux seins chez la femme non mère dans la tradition.

					
Scène d'origine	Oracle sur écaille	Ex-voto sur bronze	Petit sceau	Écriture Liushutong	Forme actuelle

Et en effet, il existe d'autres appellations du sein en chinois, dont celle, non utilisée dans le nom des points, de *nǎi* 奶. Il évoque le lait et les seins, sous-entendus allaitants et comporte deux caractères : celui de « femme » *nǚ* et un deuxième qui signifie « vraiment », « réellement ». Ainsi, est désigné comme « réellement une femme », celle qui a des seins allaitants !

Par ailleurs, *xiōng* 胸 est traduit par « thorax, poitrine, seins » alors que le caractère de gauche est la clé de la chair et la partie droite regroupe *bao* « envelopper » et « mal, mauvais, coupable ». Car, dit la glose, « c'est dans l'intérieur que le mal 凶 se conçoit ». (9)

Nous voyons ici combien les notions de femme et de mère paraissent intrinsèquement liées, historiquement et culturellement. Et qu'à défaut d'être honoré en étant allaitant, le sein est désigné par le mal qu'il est susceptible de contenir. Or, aujourd'hui, nous savons combien il peut être difficile de se projeter femme sans vouloir ou pouvoir être mère et sans vouloir ou pouvoir allaiter. Quels autres rôles peuvent jouer les seins dans la vie d'une femme ?

Le sein, *yang* du *yin*

Le sein est double par le fait qu'il soit prévu par paire, mais aussi dans sa fonction et dans sa symbolique. Il est un lieu d'ambivalence permanente entre yin et yang : femme et mère, visible et caché, don et réceptivité, lien et séparation.

Les seins sont une source de nourriture, de paix et de réconfort pour l'enfant et nous venons de voir que la fonction de nutrition est la première étymologiquement en chinois. Ils sont également l'essence de l'attrait sexuel pour de nombreux partenaires, hommes ou femmes.

Le sein est l'organe visible du féminin, celui par lequel on identifie d'un coup d'œil une silhouette féminine. **Il est l'organe *yang* du sexe *yin*** : il est plein, situé en haut du corps, visible et de forme (plus ou moins) ronde comme le Ciel. Par son élévation, son éloignement de la zone génitale et son rapprochement du visage, le sein apparaît comme le sexe « plus noble » de la femme, celui qu'il est plus socialement acceptable de montrer ; l'axe des seins par la ligne des ES17 mime l'axe des yeux par la ligne des ES1 et attire facilement le regard. *Sinus*, c'est la courbe, les sinuosités et dans des traductions plus tardives « une partie recouverte par le pli du tissu ». Ainsi, quand l'idéogramme chinois montre les seins et les mamelons, la désignation latine les recouvre ; et de là naît le désir.

Erectile sur le mamelon, il permet lui aussi l'éjection d'un liquide blanc opaque et donné comme fécondant dans de nombreuses traditions ; citons pour exemple le barattage de la mer de lait de la cosmogonie hindouiste. Selon le *Da Cheng*, le sein relève globalement du méridien de *zuyangming*, le mamelon relève du méridien du *zujueyin* et l'aréole relève du méridien de *zushaoyang*. (8) Ainsi, y coexistent la nutrition par *zuyangming* et la sexualité, par l'érectilité et le lien au Vent avec *zujueyin* et *zushaoyang*. Dans le baiser sur le sein, sa caresse avec la main ou son embrassade par le regard, le partenaire est récepteur, *yin* et accueille un organe érectile, *yang* ; ces rencontres expriment le besoin de communion avec l'autre et par là, avec l'univers et illustre la recherche de l'androgynie primitive. « L'homme amant reconnaît alors dans la femme cajolée le jumeau, l'être complémentaire unique » a écrit C. Rempp. (10)

Mais s'il suscite le désir de l'autre, le sein est aussi et peut-être avant tout une source de plaisir pour la femme. La stimulation des mamelons par le point ES17 a un effet direct sur le méridien *zuyangming*, en direction du ES30, *qijie*, point d'émergence du *chongmai*. Cette stimulation provoque ce qu'on appelle en sexologie « des signes d'excitation sexuelle génitale », autrement dit, une sensation d'excitation sur le clitoris, un gonflement des lèvres et du vagin et un afflux liquidien vers les organes génitaux. (6) Le pouvoir érogène du mamelon est bien connu de la femme et lorsqu'il est identifié, il peut la mettre en difficulté dans le positionnement qu'elle prend entre ces deux fonctions, être femme et être mère ; fonctions qui sont pourtant compatibles, superposables et non exclusives. Lors de la naissance d'un enfant, cette difficulté de clarification peut justifier parfois le choix de ne pas allaiter, pour ne pas « tout mélanger ».

Le sein du don

Cependant, les sensations éprouvées par de nombreuses femmes pendant les tétées sont habituellement très différentes de celles éprouvées pendant l'excitation et les relations sexuelles. La plupart des mères ressentent un sentiment de paix et de sérénité, ou un sentiment global de chaleur et de relaxation suite au réflexe d'éjection du lait. Mais les études n'ont jamais soulevé d'inquiétude sur une quelconque implication de l'allaitement dans des comportements déviants, au contraire. La continuité du cordon ombilical par le « cordon lacté » participe, on le sait aujourd'hui, au lien d'attachement et au bon développement psychique de l'enfant. Et bien évidemment, un enfant non allaité au sein reste « allaité », avec du lait maternel ou du lait « non maternel » et son développement psychique est tout aussi favorisé par un lien d'attachement sécure obtenu par ailleurs par ses deux parents, allaitant.e.s ou non. Aussi pouvons-nous rassurer nos patientes sur la possibilité d'être mère sans allaiter. L'enfant trouve tout autant de nourriture affective, comme dirait B. Cyrulnik, dans les yeux aux pupilles dilatées de sa mère, que de nourritures matérielles dans son sein.

Le point RE24 *lingxu*, 靈虛 peut cependant aider une femme à résoudre ce conflit interne et être en paix avec son choix. Indiqué en cas de blocage en haut avec toux, reflux, vomissements, mais également en cas de mastite, il comporte des indications psychiques intéressantes ici. Le *ling*, cet « efficace spirituel » comme le décrit JM Eyssalet, montre dans son étymologie le jade que l'on offre au Ciel ou deux sorciers/sorcières qui dansent pour obtenir que la pluie tombe. Il est ce merveilleux, cet esprit, vif, intelligent. L'idéogramme *xu*, lui, représente le haut plateau désert et se trouve traduit par « vide » dans le sens de « vacant » ou « vacuité », mais aussi par « firmament, espace céleste ». Cet espace vide au Ciel pour « libérer de la contrainte psychique de la conscience », nous dit Jean-Marc Kespi. Le point est donné par Soulié de Morant pour une personne éprouvant la sensation d'avoir deux volontés op-

posées, ce qui pourrait répondre à cette contradiction apparente qu'éprouvent ces femmes à arbitrer leur nouveau rôle de mère et leur rôle d'amante.

Le **RA19**, *xiongxiang*, 胸鄉 est caractérisé par une « incapacité à pouvoir se nourrir soi-même », d'après Josyane Monlouis. Il contient l'idée d'une nutrition subtile, du pur, propre à la Rate, qui va devoir nourrir la profondeur. Il est désigné par les caractères *xiong* vu plus haut, « poitrine, thorax, sein » dans le sens de « sentiments, pensées, affection » et de *xiang* qui correspond au « pays natal ». Seul point à comporter cet idéogramme, il évoque l'influence du milieu dans lequel nous avons grandi, qui nous a transformés et fait croître. L'idée est d'y retourner pour s'y ressourcer. Là seulement, il sera envisageable de peut-être nourrir l'autre.

L'expérience de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement peut élargir la sexualité de la femme, et la façon dont elle apprécie être une femme. Mais peut-on être femme sans nourrir ni chercher à susciter le désir ? Être une femme en soi et pour soi ?

Le sein pour soi

A l'adolescence, la thélarche, l'apparition des seins, est le premier signe de la puberté chez la jeune fille qui devient femme. Or, ce sein qui s'extériorise, prend du volume et se montre aux yeux du monde, s'impose à la jeune fille sans qu'elle soit toujours prête à recevoir les regards de désir qu'elle pourra susciter désormais. Ce ressenti explique notamment les modifications de posture de certaines jeunes femmes, en fermeture, vers l'avant et le bas, par ailleurs souvent cachées dans des vêtements amples, pour masquer leurs seins au monde.

Le **ES14**, *kufang*, 庫房 est un très grand point de protection, indiqué dans tous les chocs, physiques ou psychiques. *ku* est le dépôt, l'entrepôt, le grenier mais aussi la bibliothèque, la collection, la prison, la cellule ; *fang* est la maison, en réalité un espace carré et délimité, ouvert en haut ; le sens étendu désigne la chambre, l'alcôve, et par extension l'épouse et le rapport sexuel. Soulié de Morant nous donne comme indications : « redoute d'être touché ou même regardé ; hypersensibilité morale ou psychique. Alternance de gaieté et de méchanceté. » et Jean-Marc Eyssalet précise « désire passer inaperçu », ce qui peut tout à fait correspondre à ces jeunes filles dont les seins poussent sans qu'elles y soient prêtes et qui cherchent à les cacher. Leur peau peut aussi parler à leur place avec des éruptions, de l'eczéma, un impetigo.

Il sera bien entendu très indiqué en cas d'antécédent de violences sexuelles vécues comme un traumatisme ; notons l'alliance de « prison, cellule » et de « rapports sexuels » dans les deux idéogrammes. Le point est notamment indiqué lorsque la fonction de nutrition du *yang ming* est impactée avec des troubles du comportement alimentaire, fréquents dans les suites de ce type de traumatisme.

Situé à la base haute du sein, il est, par son nom, susceptible de collecter, d'amasser, de faire des collections, des accumulations. Dououreux lorsqu'il est indiqué, il peut permettre de libérer l'obstruction à la poitrine et d'obtenir un certain apaisement. Il pourra participer à éviter que l'obstruction ne se matérialise dans le sein. Il peut être montré en auto-percussions ou auto-massages dans le cadre d'un accompagnement global.

Le **RA17, *shidou*, 食竇**, « manger » « éclipse » et « trou » « ouvrir une brèche » « canal d'irrigation », est intéressant par l'allègement qu'il peut apporter. Son nom secondaire serait *mingguan* et c'est le seul point en haut du corps, au thorax, à porter le caractère *ming*, le « mandat donné par le Ciel ». Situé sur la ligne du VC16, RE22, ES18, il est passage entre la vie et la mort. Situé juste au-dessus du FO14, *qimen*, la mort, la fin du cycle, il ouvre la porte au *qi* pour être transporté jusqu'à l'Estomac puis au Poumon vers le PO1 et le PO2, condition de la vie humaine. C'est le point qui termine la ligne des points descendant sous le PO2 dans le *JiayiJing*. On retrouve dans les banquets des points de l'AFA sa description : « le trou, la caverne (*dou*) qui ingère, absorbe, éclipse (*shi*), exprimant ainsi comme un passage, un dépouillement, un abandon, une entrée au désert chez des gens qui s'entêtent à rester sur des positions, tout à fait honorables par ailleurs, mais qui s'avèrent inadaptées à l'évolution de leur existence. » *guan* est la grande porte monumentale avec la notion d'un prix à payer pour passer, d'un effort à faire. Il s'agit là de prendre son courage pour aller à la rencontre de son destin, « ouvrir une brèche » et « être réceptif » à soi.

Le **ES16, *yingchuang*, 膺窗**, lui, correspond souvent davantage à une femme qui se réfugie derrière sa forte poitrine et cache aux yeux du monde qui elle est vraiment, (comme un homme peut se cacher derrière ses gros pectoraux, par ailleurs). Josyane Monlouis voit dans *chuang* un moucharabieh : cette « lucarne de la poitrine » permet de voir sans être vue. *ying* désigne en effet traditionnellement la poitrine, le cœur, le for intérieur et aujourd'hui, les pectoraux, la poitrine mais aussi, on le retrouve, « être responsable de, repousser l'ennemi ». L'étymologie de *ying* évoque en effet, non plus l'hirondelle, l'oiseau et sa couvée, mais le « faucon apprivoisé qui sert l'homme » et le caractère est aujourd'hui utilisé pour désigner les oiseaux chasseurs, les rapaces notamment. Enfin, les traductions actuelles de *ying* donnent « en personne, soi-même ». Il s'agit donc ici, au sein des seins, de trouver sa place vis-à-vis de l'extérieur, d'être « *in charge* », « en responsabilité », sans avoir besoin ni de se cacher, ni d'attaquer. Être soi-même, en paix.

Le sein, lien et séparations

Notons que *ying* est utilisé dans un seul autre point : le PO1, en noms secondaires, *yingshu* (transport) et *yinzhongshu* (transport et centre). Situé en haut du sein, on y voit là la capacité que celui-ci a d'être, non plus seulement émetteur, de lait, de désir, de plaisir, mais également récepteur. Il est un dépôt.

« Comme l'huître fabrique des perles à partir de corps étrangers, le sein enkyste des émotions perturbatrices protégeant ainsi le Cœur » nous dit Dominique Fouet-Loussert.

La vie est jalonnée par la section progressive des cordons : le cordon ombilical à la naissance, dit « de corps à corps » ; puis le cordon lacté, ou celui qu'on appelle le « cordon de cœur à cœur » après la naissance ; puis le cordon familial qu'on retrouve dans l'expression populaire « couper le cordon » et « sortir du giron maternel », giron situé au creux des seins. Les seins symbolisent donc à la fois le lien, par la nutrition et le portage « en son sein(g) » et la séparation qui le contient ; la mort, qui apparaît en même temps que la vie. Pour G. Maciocia, « Le sein représente pour une femme le lien instinctif avec ceux qu'elle aime (par l'allaitement) et se trouve donc affecté par la séparation ». Il insiste sur la cause émotionnelle des tumeurs du sein.

Il s'agit ainsi d'aller interroger pour une femme affectée par des symptômes sur les seins de son rapport au genre masculin. Quelle place en elle pour son yang du yin ? Quelle place ont les hommes dans sa vie ? Ou bien les personnes dont la fonction est yang ? (les supérieurs hiérarchiques, l'enseignant.e, etc.)

Le **VB22**, *yuanye*, 淵液, « abîme, réunion » et « liquides » est un grand point de circulation du yin : son nom principal et ses 7 noms secondaires font apparaître l'idéogramme *ye*. Le *ye*, est celui retrouvé dans les *jinye*, ces liquides les plus denses et riches de tous les liquides corporels. Il est donné par Chamfrault et le *Da Cheng* pour « plénitude dans la poitrine » et « gonflement des seins ». Point de réunion des 3 méridiens tendino-musculaires yin de main, il est indiqué pour Jean Marc Kespri dans les stagnations de yang thoracique avec vide de yang abdominal. Je le pique régulièrement pour une femme qui se plaint de mastodynies en coup de poignard sur un adénofibrome dont elle ne souhaite pas l'excérèse. A noter que le *Da Cheng* le donne pour « blessure à l'arme blanche ».

Christian Rempp plaçait la même symbolique dans la grossesse et le cycle menstruel en écrivant que « les menstruations sont un accouchement miniature ». Le point **RE21** *youmen* 幽門 est intéressant dans cet aspect. Donné pour « seins durs et sensibles » par Soulié de Morant et « mammite aigüe » pour Auteroche, il est dit « point assentiment du Foie ». Il semble résonner à la fois avec « la fin d'un temps yin » et la crainte de l'avenir, signalée dans sa symptomatologie. *youmen* est traduit par « le pylore » mais l'étymologie permet d'en dégager sa subtile signification : il s'agit de « la porte des ténèbres », de l'obscurité, celle qui ouvre sur le « séjour des morts ». *you* est traduit par « retiré ; solitaire ; à l'écart. Profond ; reculé. Caché ; non dévoilé ; latent (en parlant d'un sentiment). Tranquille ; paisible. Sombre ; obscur ; ténébreux. Monde des ténèbres ; séjour des morts. ». *you* représente pour Wiegner « les recoins les plus obscurs des montagnes (山) en accentuant le caractère ㄣ, le fil le plus ténu tel qu'il s'obtient par dévidement de deux cocons. »

C'est un point porte, de la porte monumentale à deux battants, *men*, celle qui ouvre sur l'extérieur, sur une autre réalité possible, celle qui protège l'essentiel, comme les portes du palais impérial, le Cœur-Empereur. Il est tout près du RM14, *juque*. Il peut aider à aller chercher au plus profond de soi, à l'abri, seul et au calme, dans les recoins les plus profonds de soi, dans le yin du yin, pour en revenir ensuite et aller vers le yang : le RE21 a aussi en nom secondaire *shangmen*, la « porte du haut ».

Utilisé dans les mastodynies dans le cadre d'un syndrome prémenstruel, il permet de travailler la fin du cycle menstruel. Il est également indiqué pour les nausées-vomissements en début de grossesse : c'est la fin d'un temps yin qui s'ouvre sur un temps yang, les deux premiers mois de grossesse, gouvernés par les méridiens du Foie et de la Vésicule Biliaire qui font sortir de terre le tout jeune germe. Une femme pour qui les fins de cycle sont difficiles, qui aurait tendance à avoir une stagnation de *qi* sur ces périodes, sera probablement apaisée par cette exploration dans les profondeurs de soi par le RE21.

Le **ES18, *rugen***, 乳根 évoqué plus haut, pourrait me semble-t-il, être indiqué pour une femme qui aurait besoin de s'enraciner dans sa vie de femme. C'est « la source et le fondement de tous les actes et capacités qui permettent aux parents d'élever des enfants » et puis aux enfants d'être en capacité de recevoir la nutrition parentale. Il fait écho au RA12 dont le nom secondaire est *cigong*, « palais de l'amour parental et filial ». L'idéogramme *gen* est composé de l'arbre et d'une partie traduite par Wieger par « se retourner pour regarder quelqu'un en face de son haut, colère, défi. » Il est ici associé au sein, *ru*, dont on a vu plus haut qu'il désignait la confiance entre deux générations.

CONCLUSION

La femme a pour elle ce signe distinctif reconnaissable pour tous et toutes : des seins. Nous avons cherché ici à proposer un éclairage sur quelques points des seins et, sans prétendre à l'exhaustivité ni imposer une interprétation, à offrir un regard identitaire sur ces points.

L'arbitrage entre féminin érotique, féminin maternel, féminin allaitant et féminin en soi et pour soi est complexe ; il est parfois compliqué. A l'heure où la parole se libère davantage sur les antécédents de violences sexuelles, il est très intéressant d'aller ouvrir la porte aux récits du féminin, notamment sur le vécu corporel et la symbolique qu'il comporte. Le Sein, malgré son caractère *yang*, visible et émetteur, reste assez peu interrogé en dehors de sa pathologie. Ses points peuvent pourtant accompagner un cheminement vers le féminin en soi.

Clélia Motte née Dejean, sage-femme, vice-présidente AFA, trésorière ASFANO.

cleliasagefemme@gmail.com

Bibliographie

1. Chinese etymology, consulté à l'adresse : <https://hanziyuan.net/>
2. Fontaine, C. (2018), *Un point sur les seins*, 37^{ème} congrès AFERA, p 65.
3. Froidevaux-Metterie, C. (2020), *Seins, en quête d'une libération*, Editions Anamosa.
4. Froidevaux-Metterie, C. (2015), *La révolution du féminin*, Folio Essais.
5. Fouet-Loussert D. (ns), *Le Sein*, article non publié.
6. Lelievre, A., (2016), *La sexualité en acupuncture*, mémoire de Capacité d'acupuncture, Université de Nantes.
7. Maciocia, G. (2006) *Gynécologie et obstétrique en médecine chinoise*. Editions SATAS.
8. van Nghi, N., Dzung, T. V., & Recours-Nguyen, C. (1982). *Art et Pratique de l'Acupuncture et de la Moxibustion, Selon Zhen Jiu Da Cheng de Yang Chi Chou. Tome 1*. Edition N. V. N.
9. Partageons les points, consulté à l'adresse : www.partageonslespoints.fr
10. Rempp, C. (1992). Réflexions sur la pathologie courante du sein. *Revue Française d'Acupuncture*, 71, 5058.

11. Strom H. (2008), *Analogie entre les points d'acupuncture et l'empire traditionnel chinois*, Ed. You Feng.
12. Wiktionary, consulté à l'adresse: https://en.wiktionary.org/wiki/Wiktionary:Main_Page
13. *ZhenJiu Jiayi Jing*, (2004), trad Milsky C., Andrès G., Ed Trédaniel.

Ceci n'est pas un engorgement...

Mme Patricia Duchateau, sage-femme

Toutes les douleurs du sein ne sont pas forcément des engorgements mais elles perturbent fréquemment l'induction ou l'entretien de la lactation et génèrent nombre de sevrages précoces.

La prise en charge de l'allaitement repose sur un savoir-faire qui ne se limite pas à un accompagnement en acupuncture, mais intégrer ce soin non médicamenteux permet de prévenir plus activement le risque d'échec. Il n'est pas question ici de répertorier l'ensemble des points pouvant être poncturés à cette période, mais bien d'envisager une mise en lumière de ceux pouvant prévenir le sevrage précoce de l'allaitement maternel en maternité

1. Du sein à l'allaitement...Comment prévenir les sevrages précoces ?

La promotion de l'allaitement et le soutien aux mères sont des sujets de santé publique et le Plan National Nutrition Santé (objectif 27) insiste à juste titre sur les 1000 premiers jours « *période de sensibilité au cours de laquelle l'environnement sous toutes ses formes et le mode de vie ont un impact sur le développement et la santé de l'enfant* » OMS et Unicef recommandent l'allaitement exclusif pendant au moins 6 mois pour favoriser le développement sensoriel et cognitif, protéger le nourrisson contre les maladies infectieuses et chroniques

La France détient le taux d'allaitement maternel le plus faible d'Europe : 69% des femmes expriment le souhait d'allaiter, ce taux chute brutalement dès les premiers jours en maternité et juste après le retour à la maison. Elles ne sont plus que 19% à 6 mois alors que 50% d'entre elles souhaitaient un allaitement exclusif d'au moins 6 mois.

Les obstacles qui perturbent la mise en route de l'allaitement sont multiples et variés, liés à la mère et, ou à l'enfant, les bouleversements psychiques qui accompagnent la naissance plongent la mère dans un état de vulnérabilité qui ne lui permet pas de surmonter la douleur, les contraintes, les peurs, les incertitudes et les inquiétudes des premiers jours. (7)

Les difficultés le plus souvent rencontrées sont les douleurs du sein et du mamelon dans 40% des cas. La décision d'abandon est souvent très rapide et laisse peu de temps à l'équipe pour réagir. Il est **donc essentiel de prévenir ces sevrages très précoces de l'allaitement maternel** (60% des femmes déclarent avoir arrêté l'allaitement plus tôt que prévu). Beaucoup d'éléments sont à prendre en compte : Qui sont ces femmes ?

Quels types de difficultés ont-elles rencontrés ?

Quel soutien ont-elles reçu ?

Selon une étude menée à la maternité Flaubert du Havre en 2003 [1] Les patientes concernées sont majoritairement des primipares (79%) plutôt jeune (moins de 30ans) ou des mères qui ont mal vécu leur allaitement antérieur et qui se sont décidées tardivement à donner le sein.

Les causes sont multifactorielles mais dès les premières mises au sein, le frein majeur de l'allaitement maternel est la douleur. Dans la majorité des cas elle disparaît après correction des problèmes de succion, de frein de langue, de positions, de crevasses et du rythme des tétées...

2. Que cache l'expression douloureuse du sein de la femme allaitante ?

La douleur de la poitrine est l'expression du corps physique qui nous parle de l'impossible don face à l'injonction d'allaiter actuellement survalorisée socialement et sanitairesment... alors que le congés maternité n'est toujours que de deux mois en France, alors que toutes les instances sanitaires s'accordent à promouvoir l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois.

Les abandons en cours d'initiation soulèvent beaucoup de questions : Que signifie ces douleurs qui rendent l'allaitement soit inenvisageable, compliqué ou voué à l'échec ?

« L'allaitement ce n'est pas pour moi ! ça ne marche pas ! »

La douleur génère un stress physique et psychique et la mère adopte des postures défensives. Plusieurs études ont montré le lien entre fatigue, douleur, et insomnies qui majorent le risque de dépression et les troubles de la relation mère-enfant. (Amir Psychosom Obstet Gynecol 1996, Watkins Obst Gynecol 2011) Quand, avec qui et comment se prend la décision d'allaiter ou pas ? On parle aujourd'hui d'allaitement indéterminé, la femme souhaite parfois attendre la rencontre avec l'enfant pour décider. Le rôle et l'influence de l'entourage et surtout du père, est considérable dans la réussite de l'allaitement, la décision de le poursuivre ou de le stopper précocement !

Quel image la femme a-t-elle de ses seins ? *« Je ne suis pas à l'aise avec mes seins, mon corps... ma féminité ? »* la peur de devoir allaiter en public, d'exposer ses seins au regard plus ou moins malveillant voire agressif... Aucune autre partie du corps ne supporte autant le poids symbolique du féminin et du maternel entremêlés. La question se pose d'ailleurs dans l'intime pour certaines femmes : *« Mon sein est-il trop sexuel pour devenir allaitant ? »*

Pour certaines femmes complexées les seins ont une connotation négative, *« mes seins sont trop petit ou trop gros »* les canons de la beauté sont puissants. Pour d'autres femmes le sein est érigé en barrière de protection de l'intime et le montrer est impossible.

Quelle image véhicule le sein quand toutes les femmes de la famille ont souffert d'un cancer du sein ?

L'expression douloureuse est-elle la seule façon acceptable pour ces femmes de clore la discussion ! et d'affirmer leur choix irrévocable, alors qu'au plus profond d'elle-même elles perçoivent : **l'impossibilité du don du sein.** Quand l'allaitement s'arrête plus tôt que prévu, un travail psychique est nécessaire, pour faire le deuil de cet échec et restaurer le sentiment secrètement enfoui d'être une mauvaise mère...

JM Eyssalet évoque le lien entre le lait et le *yi*, qualité Terre de Shen et rappelle que le lait n'est pas seulement un liquide nutritif riche d'anticorps mais bien plus que cela. Le lait transmet à l'enfant le *jing*, principe vital et le *yi*, clé de la relation à l'autre. **Il est véritablement pouvoir de mise en relation entre la mère et enfant. Le lait est aussi porteur de toute l'intention de la mère !** On sait aussi que l'enfant a besoin de téter indépendamment des tétées nutritives. Prendre le sein est une expérience sensitive, sensorielle, relationnelle et affective totale où tous les sens de l'enfant sont en éveil. Il est comblé dans son besoin d'amour et de relation. La nutrition est alors « matérielle » et affective. Rappelons qu'un biberon donné avec amour et dans la bonne intention sera toujours supérieur au don du sein à contre cœur !

3. Physiologie de la lactation, une longue histoire !

Le développement du sein est lent et en perpétuelle mutation depuis la vie fœtale, jusqu'à la puberté, la grossesse et l'accouchement. La crête mammaire d'origine ectodermique, comme la peau et l'appareil respiratoire, apparaît chez l'embryon à la 4^{ème} semaine. Les bourgeons pectoraux s'individualisent à 6 semaines et à la naissance, le système tubulaire est abouché à la peau. Les tissus glandulaire, adipeux et fibreux se développent à la puberté sous l'influence du Rein, *renmai* et *chongmai*. (SW1) Pendant la grossesse, l'apport massif de sang et liquides organiques par le *chongmai* et ses ramifications permet la croissance et la prolifération de la glande mammaire qui se prépare à la lactation. Cette fonction initiée pendant la gestation se finalisera à la naissance du 1^{er} enfant, comme un passage de relais quand la femme lui donnera son lait.

De nombreux méridiens parcourent le sein : *zuyangming* le plus important qui contient beaucoup de sang et de *qi*, mais aussi *zushaoyang*, *zutaiyin* et *zushaoyin*.

La production du lait est liée au TR : Le TR supérieur produit le souffle et les liquides organiques qui forment le lait à partir du TR moyen (Rate, Estomac et Intestin Grêle). Le sein est également sous la dépendance des *hun* du Foie situé au TR inférieur lui-même en rapport avec l'utérus, dont il permet l'équilibre *qi/xue*.

Le sein est un grand carrefour énergétique du corps : Lieu où se font les jonctions terminales entre les méridiens *zu* et *shou* du même nom (*zu* et *shoutaiyin*, *zu* et *shoujueyin*, *zu* et *shoushaoyin*) et lieu de jonction des anastomoses de la grande circulation (rate/cœur, rein/maitre-cœur, foie/poumon). Les méridiens tendino-musculaires (estomac, vésicule biliaire et vessie) les méridiens *luo* (rate, poumon, maitre cœur, grand Luo d'estomac) et les distincts (estomac, gros intestin, maitre cœur, cœur, intestin grêle) le traversent. Le contrôle de la sécrétion lactée semble donc lié à la fois à toute cette circulation thoracique antérieure, aux méridiens curieux, *chongmai*, *renmai*, *daimai*, aux grands *luo* de Rte et d'estomac, à la gestion des liquides corporels, *jinye*, à l'équilibre de *qi/xue* et aux émotions.

Le lait est un produit de transformation du sang de la zone *yin*, il est formé par la Rate et l'Estomac, transporté par *renmai* et *chongmai* qui se ramifie à la poitrine. Avant la conception, il y a écoulement vers le bas du *tianguai* « l'eau Céleste » qui n'est pas du sang mais considérée comme « l'eau des

Reins ». Pendant la grossesse, le fluide demeure pour nourrir le fœtus, après l'accouchement le surplus de sang passe au Poumon, il perd sa couleur rouge et devient blanc pour donner le lait. Lors de la montée laiteuse, la chaleur et l'augmentation du volume des seins, la congestion mammaire témoigne de l'installation de la lactogenèse qui s'amendent rapidement lors de la sécrétion lactée. Les complications sont liées soit à l'insuffisance de lait par manque de sang, soit à un vide ou une stagnation de *qi* qui empêche le lait de sortir, produisant de la douleur. Le *qi* permet au sang de se transformer en lait et au lait de s'éjecter sous l'effet de la succion. La douleur pourra être en lien avec une plénitude, une stagnation du *qi* Foie, de *zuyangming*, *chongmai*, *renmai* et elle est bien souvent liée aux émotions. Rappelons le rôle essentiel du foie pour la libre circulation du *qi* et l'importance de son méridien dans le contrôle du mamelon [2] Quand l'accouchement a été mal vécu, le projet de naissance non abouti ou lorsqu'une césarienne en urgence a sidéré la femme, la nouure du *qi* du Foie qui en résulte bloque le *qi* et l'écoulement du lait. La stagnation et la plénitude en témoignent avec des poulx en corde et parfois un feu du Foie sur la langue. Ce tableau peut évoluer vers un engorgement, une mastite ou un abcès s'il n'est pas rapidement pris en charge.

4. Accompagnement en acupuncture prénatale

Massage préventif proposé par Gerard Archange [3] en prénatal ou avant la mise au sein en partant de RM12, les doigts montent en exerçant une légère pression le long de *renmai* jusqu'au RM17 entre les seins, puis rejoignent les deux mamelons E17 et redescendent sous le sein en passant par F14 pour rejoindre le RM12. Ce massage de *Xu li*, *luo* de Estomac est à renouveler pendant 10min.

Trois lignes horizontales du thorax ont retenu notre attention du fait de leur pertinence en prénatal et lors de la mise en route de l'allaitement. Ces points qui les constituent sont tous reliés selon une même thématique qui se décline différemment selon le méridien concerné (RE, RA, ES..)

Ligne RM17 « La Voie Lactée » : RM17 Re23, E17, Ra18

Les points de cette ligne permettent de trouver en soi, son moi profond par rapport au ciel et à sa famille. « La voie lactée » évoque le lait et la nourriture terrestre, la filiation, l'identité, la place dans la famille, la relation au Shen de ses ancêtres et au sien propre. On est au centre de soi, entre ce que l'on reçoit et ce que l'on transmet !

RM17 *tanzhong* 膻中 « milieu de la poitrine » Point maître de l'énergie, mer du souffle, palais central du MC et haut lieu (Tan) de la communication de l'homme avec le Ciel. Logis du Shen « *il n'y a pas de point plus sacré dans tout le corps, dans tout l'empire, dans tout univers.* » Tous les souffles se concentrent en ce point, il ouvre la poitrine, traite les stagnations du foyer supérieur et moyen. Point réunion avec RA, RE, IG et TR, il est essentiel à l'allaitement, à masser en prénatal, il est poncturé en postnatal pour faire diffuser le souffle qui chez la femme douloureuse et inquiète, circule mal.

RE23 *shenfeng* 神封 « sceau divin » point de réunion avec *chongmai*, diffuse et fait descendre le *qi* des poumons, apporte l'eau du Rein pour apaiser le feu du Cœur. Ce point est intéressant dans les problèmes émotionnels avec manque de confiance en soi, et susceptibilité excessive. Point à masser dans les douleurs du sein ou les mastites.

ES17 *ruzhong* 乳中 « milieu du sein » Point interdit à la puncture, il sera moxé à l'armoise pour soulager et cicatriser les crevasses du mamelon. C'est par ce point que la mère nourrit son enfant de lait et de confiance. L'enfant s'identifie à sa famille, il est à sa juste place dans sa famille. La stimulation de E17 réveille les souvenirs du nourrisson : problème de lien, enfant non désiré, mal aimé, mal nourri, problème de filiation ou d'adoption...

RA18 *tianxi* 天谿 « Torrent Céleste » Être nourri par le Ciel. Il traite les douleurs de la poitrine et en tant que point de *zutaiyin* lié à laRate, il favorise la production du lait. Il détend le haut du corps dans les plénitudes *yin* thoraciques et provoque l'écoulement du lait en ruisselet à l'image de la voie lactée.

Ligne RM18, Re24, E16, Ra19

Les points de cette ligne sont tous en lien avec l'épanouissement et la réalisation personnelle afin de concrétiser ses talents. C'est aussi le rempart de protection des côtes (*qiang*) qui peut être intéressant en cas de recherche de protection de l'intime.

RM18 *Yutang* 玉堂 « Palais de jade » espace protégé pour le beau et le précieux, réaliser ses talents, faiblesse de l'expression de soi, difficultés à s'imposer se séparer des drogues, de sa famille ou prisonnier de son enfance... il permet de développer une âme forte et tous ses pouvoirs et intentions sur terre. Retenue et réserve d'une femme qui enfouie dans la profondeur une angoisse non verbalisée créant de l'agitation. [4] Il serait selon JM Kespi un remède à la structuration identitaire par rapport au père, avec une notion de continuité avec l'enfant. [5] *Yutang* régule et fait descendre quand le *qi* du foie est bloqué, en cas de frustration ou de colère refoulée. Les conditions d'accouchement ont pu être très éloignées du projet de naissance initial, ou une césarienne en urgence mal vécue ...

RE24 lingxu 靈虛 « tertre de l'esprit », vacuité de l'âme, ce point libère du conscient et donne accès à la merveilleuse vacuité qui libère des contraintes psychiques permanentes « sensation d'avoir deux volontés opposées » : problème de dépendances, il permet de s'ouvrir au monde et à sa famille.

ES16 yingchuang 膺窗 « Fenêtre de la poitrine » Se protéger et regarder le monde au travers d'une fenêtre (moucharabié), utile lorsque le sentiment d'abandon est fort, il fait référence au besoin de sécurité et nutrition appropriée pour s'épanouir. Il sera donc utile lors des problèmes d'autonomie. Les indications fonctionnelles sont l'inflammation et la congestion du sein, mastose, hypertrophie des seins comme un « air bag » de protection, une grosse poitrine qui encaisse et protège le précieux dans le coffre du thorax.

RA 19 xiongxiang 胸鄉 C'est se nourrir de son enfance, en lien avec le pays natal, et la terre d'origine. Siège des sentiments, c'est un point intéressant quand la problématique est en rapport avec le vécu dans l'enfance.

Ligne RM14, Re21, Fo14

Au niveau de cette ligne, il est question de passer une épreuve qui purifie et élève.

RM14 juque 巨闕 « grande porte du palais » point Mo de Cœur, porte du Shen, il gouverne le cœur centre, source de vie. Point des grandes frayeurs, il permet au cœur de retrouver le calme et vacuité pour digérer un choc émotionnel et pouvoir avancer.

RE21 youmen 幽門 « porte obscure » point de réunion avec *chongmai* et point organe du Foie pour JM Kespi, Il soulage les seins durs, sensibles et congestionnés. Utile pour la femme qui craint l'avenir, appréhende la sortie de la maternité, angoisse pour le sevrage...Elle est en colère mais ne peut pas le dire !

FO14 qimen 期門 « porte de l'échéance » point *mu* du Foie, gouverne la fin des mutations *yin*. Depuis FO14, le *qi* du méridien gagne le point nœud du *jueyin* RM18, *yutang* puis MC1, *tianchi*. Indiqué lors des congestions douloureuses du sein, on retrouve une notion de passage difficile, « une porte à franchir », la femme devient mère...Faire le pas, oser se lancer et avancer ! Notons que sur cette ligne deux points portent l'idéogramme de *men*, donc la notion de passage.

Autres points incontournables :

ES14 kufang 庫房 « maison du trésor » Il traite les conséquences d'un choc physique ou psychique, la femme se sent vite agressée, la gorge contractée, elle redoute d'être regardée ou touchée, son hypersensibilité physique ou morale est évidente. L'idéogramme évoque la notion de recevoir, ce point gouverne l'absorption du monde extérieur. Dans ses indications, on retrouve les manifestations de chaleur à la peau, surtout au visage, d'eczéma (Soulié de Morant) de plénitude à la poitrine, d'oppression thoracique et d'hypochondralgie. (Dacheng).

ES15 wuyi 屋翳 « écran de plume » évoque le parasol que l'on tenait au-dessus des princes lors de leurs déplacements, abri en forme de coupole par analogie le sein de forme semi-sphérique évoque ce paravent de protection. Point spécifique des seins, hyperesthésie cutanée, prurit et urticaire, traite la grande vulnérabilité au monde extérieur. Quand l'accouchement a été mal vécu, l'atteinte est

personnelle, la femme se renferme à l'interne et cherche le repos dans un environnement protégé. On observe la plénitude de *yang* en surface alors que le vide domine en profondeur, comportement souvent boulimique par besoin de combler le vide intérieur.

ES18 *rugen* 乳根 « Racine du sein » *zongqi* est dit « ressortir à ce point » indiqué pour disperser la stagnation. Il régule les seins et la lactation chez une femme avenante mais chez qui il y a du chagrin et de la douleur morale. [6] Point de passage grand *luo* de Estomac venant de RM17, il débloque *qi/xue* du *yangming*. On retrouve dans les indications fonctionnelles : gonflement douloureux des seins, douleurs intercostales...

VB28 *weidao* « voie de liaison » Wei signifie : lier, unir, maintenir et Dao : la voie. Ce point de *daimai*, traite les stagnations, soutient le *yang* et fait circuler le *yin* nutritif. Il guérit « les maux du lait » chemin du lien et de la relation, il relie comme le pivot relie le Ciel/ Terre. VB28 est intéressant quand la femme est épuisée, découragée ou indécise. « Vésicule biliaire c'est la rectitude médiane, la décision en procède ».

VB41 *zulinqi* « près de pleurer » point clé de *daimai* dégage les stagnations et traite les douleurs. Il redonne de la lumière aux yeux obscurcis par les larmes de l'allaitement.

Quand la douleur persiste ...

Selon une étude Australienne de 2009 [7] 70% des primipares se plaignent de douleurs du sein qui disparaissent spontanément dans les 15 premiers jours après correction des problèmes de succion, de frein de langue, de positions, dermatoses, vasospasmes... mais dans 20% des cas, une douleur intense à type de brûlure, hypersensibilité et de démangeaisons (pendant ou et après la tétée) persiste et bon nombre de femmes abandonnent à contre-cœur l'allaitement maternel. La douleur fonctionnelle, sans cause organique serait liée à un syndrome de sensibilisation centrale en rapport avec des altérations du traitement des signaux douloureux par le système nerveux central, induisant une hypersensibilité sensorielle. La triade suivante peut alors être proposée :

DM17 *naohu* 腦戶 « porte du cerveau » *nao* signifie le cerveau et *hu* la petite porte qui mène vers l'interne. Il disperse le vent et chasse les pervers. Purifie la chaleur, il fait circuler le sang au niveau de toute les zones en contact avec l'extérieur. Soulié de Morant le recommande pour les rougeurs, enflures, démangeaisons et **douleurs du mamelon et de la vulve** ...

RM3 *zhongji* 中極 « axe central » point *mu* de la vessie, en charge des territoires et des cités qui thésaurise les liquides corporels et point de réunion des trois méridiens yin du bas du corps. *zhongji* est dit maître de la région génitale, **il traite tous les troubles du sein**. Ce point régule *renmai*, *chongmai* et renforce le *yang*. *zhong*, le centre et *ji*, la poutre faîtière, le point le plus élevé, la pièce de bois qui maintient tout l'édifice et dont dépend le destin des habitants. Un seul autre point possède cet idéogramme, CO1 *jiquan* ce qui nous a amené à les associer.

CO1 *jiquan* 極泉 « source du faite » premier point du méridien *shoushaoyin*, sur la ligne mamelonnaire primitive et caché dans le creux de l'aisselle qui s'ouvre pour accueillir l'enfant au sein. CO1 fait circuler *qi/xue*, il est indiqué pour la douleur de plénitude et spasme à la poitrine ainsi que pour la dépression et le chagrin, ce qui en fait un point souvent utile en post partum.

« *Comme huitre fabrique une perle à partir d'un corps étranger* » le sein enkyste les émotions perturbatrices. [8] La douleur du sein maternel est le langage du corps en résonnance et en connexion à l'autre. S'intéresser au sevrage précoce, c'est être à l'écoute des causes cachées qui peuvent mettre en échec le projet d'allaitement maternel. Certes caché le sein recèle tant de secrets... la féminité, il la met en avant, il est tout un symbole. Il n'est pas double mais multiple objet de désir, source de vie, mémoire des colères, des déceptions et symbole des unions, des sevrages et des séparations. Notre rôle d'accompagnant à la naissance et à la parentalité est de demeurer à l'écoute des femmes pour lesquels le don du sein est si compliqué.

Bibliographie

1. A. Monciatti Les pathologies de l'allaitement, pratique de sage-femme. Congres AFSFA 2019 Arcachon
2. A. Pelletier-Lambert L'engorgement mammaire, Cas clinique. Acupuncture & Moxibustion 2004, 3(3).
3. C. Fontaine Un point sur les seins, 27^{ème} Congres AFERA Nîmes.
4. C.Rempp, Réflexions sur la pathologie courante du sein RFA n° 71,1992.
5. G.Maciocia, Gynécologie et obstétrique en médecine chinoise, Satas, 2006.
6. H. Roquere Lafont, Précis d'acupuncture en obstétrique. Montpellier, Sauramps médical 2016.
7. JM. Stephan L'acupuncture dans l'engorgement mammaire et la mastite. Acupuncture & Moxibustion. 2011 ;10(3) :180-185.
8. Fouet D. Le sein Congres AFA de Belfort 2008, La femme enceinte.
9. La Leche League France <https://www.lllfrance.org> ›

APPORT DE L'ACUPUNCTURE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA FIBROMYALGIE : REVUE DE LA LITTÉRATURE ET EXPERIENCE DANS UN CENTRE DE LA DOULEUR

Dr Charlotte Clamageran

Résumé : La fibromyalgie est une pathologie fréquente et invalidante. Son étiologie et sa physiopathologie restent méconnues. Les dernières recommandations de l'EULAR 2016 préconisent la prise en charge non médicamenteuse. L'acupuncture est efficace à un degré faible dans la diminution de la douleur et l'amélioration de la qualité de vie d'après les méta-analyses. L'expérience d'une consultation d'acupuncture au CETD du CHU de Rouen débutée en novembre 2018 semble confirmer ces résultats.

Mots clés : fibromyalgie-acupuncture- douleur- qualité de vie- EULAR- CETD CHU Rouen

La fibromyalgie (FM) ou syndrome fibromyalgique (SFM) a été décrite pour la première fois en 1815, reconnue par l'OMS comme entité médicale en 1992 (M79-7) et classée dans le groupe des douleurs généralisées dans la version 11 de la classification internationale des maladies (CIM11).

Elle est caractérisée par des douleurs chroniques diffuses (c'est à dire présentes depuis plus de 3 mois), musculo-squelettiques, nociplastiques, spontanées et exacerbées à la pression, permanentes associées à des accès paroxystiques. Une fatigue persistante est quasiment toujours présente ainsi que des troubles du sommeil qualifié de non réparateur, plus court, fragmenté et peu profond. Des troubles de l'humeur type anxiété ou dépression sont souvent présents. Les patients rapportent par ailleurs des difficultés de concentration et d'attention avec une perception d'une diminution des compétences cognitives, en particulier des fonctions exécutives. Enfin, est décrite une condition physique souvent altérée entraînant une diminution des activités de la vie quotidienne, un retentissement fonctionnel important et une altération de la qualité de vie. Equivalent à celui ressenti par des patients présentant d'autre pathologie rhumatismale comme la polyarthrite rhumatoïde.

Est associé très fréquemment un sentiment d'injustice exprimé par les patients (2/3).

De nombreux patients présentent d'autres comorbidités telles qu'une dysthyroïdie ou une endométriose, un syndrome de Goujerot Sjrogën, une polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, diabète.

La prévalence est de 2% de la population européenne, 1.6% en France, majoritairement des femmes (80%), âgées en moyenne de 48 ans (30< âge<50 ans), vivant en couple (69%), avec enfants à charge (60%), travaillant à temps plein pour un tiers, temps partiel pour 22%, sans emploi pour 28%, aux revenus moyens de 1800 à 3000 Euros par foyer. Le diagnostic de fibromyalgie a été proposé dans 54% des cas par un rhumatologue, 37% par un généraliste, 22% par un algologue en centre de la douleur (1). 21% des patients ont eu recours à l'acupuncture.

La Ligue européenne contre les rhumatismes (EULAR) a réactualisé en 2016 ses recommandations de prise en charge de la fibromyalgie dont les premières dataient de 2007. Elle recommande une approche personnalisée et multidisciplinaire. Les thérapeutiques non

médicamenteuses sont à privilégier en première intention. L'activité physique adaptée avec une recommandation forte, l'acupuncture en recommandation faible au même titre que les thérapeutiques médicamenteuses type : TRAMADOL, PREGABALINE, DULOXETINE. (2). Avec un risque iatrogène moindre pour les thérapeutiques non médicamenteuses. Enfin ces recommandations prônent l'intérêt de l'éducation thérapeutique du patient tout comme le rapport de l'INSERM 2020 préconisant une autonomisation du patient dans la gestion de sa maladie. (3)

Les recommandations de l'EULAR reposent sur une méta analyse de huit revues incluant 16 études et 1081 participants. Une revue de haute qualité incluait 9 études avec 395 patients et a démontré que l'acupuncture, associée à un traitement standard, améliorait de 30% la douleur et l'électro acupuncture diminuait la douleur de 22%, la fatigue de 11% et améliorerait la sensation de bien-être (2). La durée de ces effets semble cependant transitoire < 6 mois.

Un autre méta-analyse et revue de la littérature réalisée par une équipe chinoise en 2019 (4) comparant les effets de la « vraie » acupuncture versus l'acupuncture factice retrouve une amélioration de façon significative ($p < 0.001$) de la douleur et de la qualité de vie, sur le court terme, à un degré faible à modéré parmi les douze études randomisées répondant aux consignes d'éligibilité dans la méthodologie, le recrutement des patients fibromyalgiques selon les critères de diagnostic définis par l'American College of Rheumatology, l'analyse des biais statistiques, la description des éventuels effets indésirables de l'acupuncture.

Parmi ces douze études randomisées, l'étude prospective randomisée (5), multicentrique de l'équipe espagnole menée par Jorge VAS, d'octobre 2010 à décembre 2012 est intéressante. Cette étude, publiée en 2016, a inclus 164 patients, dont près de 99% de femmes. Deux patients sont sortis de l'étude pour cause d'infarctus du myocarde pour l'un et de déménagement pour l'autre. Deux groupes ont été constitués et comparés. Un groupe composé de quatre-vingt patients recevant le traitement personnalisé de vraie acupuncture et un second groupe de quatre-vingt-deux patients traités par acupuncture factice. Seuls les médecins acupuncteurs savent dans quel groupe se situent les patients. Les patients ainsi que les infirmières évaluatrices des différents paramètres (EVA, questionnaire FIQ) et les psychiatres pour le suivi des critères de dépression ignorent dans quel groupe sont répartis les patients. Cette étude se déroule dans trois centres en Espagne. A raison d'une séance par semaine, d'une durée de vingt minutes pendant 9 semaines. La vraie séance d'acupuncture est réalisée après un diagnostic de médecine traditionnelle chinoise et personnalisé pour chaque patient. Il s'agit le plus souvent de stagnation du Qi du foie pour 44% des patients, vide de yang de la rate (21%), ou vide de yang du rein 21% et vide de Yin à 13.6%. La vraie acupuncture consiste en une insertion des aiguilles selon des points stratégiques sur l'ensemble du corps. La fausse acupuncture consiste en une poncture dans la zone lombaire et dorsale non spécifique. Les critères évalués sont la mesure de l'intensité de la douleur, la qualité de la vie, la dépression, l'usage de médicaments, le nombre de points douloureux sous la forme d'un interrogatoire, auto-questionnaire et de mesures physiques. A un instant T0 au début de l'étude, T1 à 10 semaines, T2 à 6 mois et T3 à 12 mois. Les principaux résultats sont les suivants. L'intensité de la douleur diminue significativement à 10 semaines de -41.2% pour la vraie acupuncture (VA) versus -24.5% pour l'acupuncture factice (AF) et cette diminution de la douleur perdure dans le temps -19.9% (VA) vs -6.1% (AF). De même concernant la qualité de vie mesurée par l'auto-questionnaire FIQ : -35.9 % vs -24.5% à T1, perdurant dans le temps de façon significative -22.2% vs -4.9% à T3. En particulier, la fatigue

et l'ankylose ou courbatures, significativement ($p < 0.001$). La dépression s'améliore mais sous réserve d'un traitement antidépresseur qui sans doute est potentialisé avec le temps. Ce qui peut entraîner un biais. Les effets indésirables sont rares et modérés : malaise vagal, céphalées, hématome local, majoration des douleurs après la séance. L'acupuncture personnalisée améliore la douleur et la qualité de vie des patients fibromyalgiques. Ces effets, même s'ils s'atténuent dans le temps, perdurent jusqu'à un an.

Suite aux nouvelles recommandations de l'EULAR préconisant une prise en charge non médicamenteuse dans la fibromyalgie, l'équipe du CETD du CHU de Rouen a ouvert une consultation d'acupuncture en novembre 2018 à raison d'une demi-journée par semaine effectuée par le même praticien. En complément de la prise en charge par un kinésithérapeute pour la remise en mouvement des patients, de la consultation par un psychologue, par une infirmière spécialisée dans le TENS et d'un groupe fibromyalgique déjà existants.

Pendant la période de novembre 2018 à avril 2021, 53 patients dont 49 femmes et 4 hommes présentant un syndrome fibromyalgique ont été adressés à la consultation d'acupuncture.

La moyenne d'âge est de 49.6 ans, les patients ont été vus en moyenne 4 fois avec toutefois des écarts de 1 à 20 séances. Concernant les hommes, deux sont diabétiques et invalidés essentiellement par des douleurs neuropathiques. En plus du syndrome fibromyalgique, nous retrouvons d'autres comorbidités dans les antécédents, 5 cas d'endométriose, 3 dysthyroïdie, 3 diabète, 3 spondylarthrite ankylosante, 1 polyarthrite rhumatoïde, 2 lupus, 3 Goujerot Sjögren, 1 maladie cœliaque, 1 maladie des petites fibres, 4 surpoids, 2 migraine, 6 dépression, 2 tumeurs bénignes cérébrales des sinus sphénoïde et caverneux, 1 maladie de Hodgkin, 1 cancer du sein, 1 cancer ORL, 1 syndrome des jambes sans repos, 2 AVP, 1 arthrode, 1 hernie discale opérée, 1 troubles neurocognitifs. Ce qui signifie qu'au moins 3 patients sur 4 ont une ou plusieurs autres pathologies associées. Il s'agit d'une notion que l'on retrouve dans la littérature, notamment dans le récent rapport de l'INSERM 2020, qui distingue fibromyalgie primaire d'une fibromyalgie concomitante. Ce qui pourrait être une piste de recherche sur un terrain prédisposant à l'expression d'un syndrome fibromyalgique, l'existence d'un éventuel futur marqueur biologique de la fibromyalgie mais aussi un raisonnement diagnostic et thérapeutique plus homogène et standardisé en MTC de maladie interne par exemple.

Concernant le diagnostic en MTC, beaucoup de patients présentent un vide de *yin* du Rein, un feu du Cœur, un vide de *qi* de la Rate plutôt que de la chaleur du Foie. Probablement les patients adressés au CETD sont-ils vus plus tardivement dans leur maladie qu'en ville avec des signes de maladie chronique plus installés.

L'objectif du traitement est d'apporter de la détente, nourrir le *qi* et le *xue*, lever les blocages, faire circuler, apaiser les émotions, notamment le sentiment d'injustice cité au début et souvent constaté en consultation. C'est d'ailleurs un effet recherché dans les objectifs de prise en charge multidisciplinaire de la fibromyalgie : l'acceptation de la maladie. Les patients ressentent souvent de la détente et du relâchement musculaire et psychique pendant la séance et dans les semaines suivantes. Ce qui corrobore les résultats des études citées ci-dessus. Cependant ces effets ne durent pas dans le temps : quelques jours à quelques semaines, trois en moyenne. La consultation d'acupuncture au CETD du CHU de Rouen s'inscrit dans la prise en charge multidisciplinaire du patient fibromyalgique. La mise en place de fiches épidémiologiques, de protocoles diagnostiques et thérapeutiques en MTC, multicentriques à

l'instar de l'étude espagnole de 2016 (5), la recherche fondamentale des mécanismes de la douleur et du mode d'action de l'acupuncture restent à découvrir.

Remerciements au Dr ROCA et GIOANNI pour leur aide à la recherche bibliographique et au Dr POUPLIN pour l'ouverture d'une consultation d'acupuncture au CETD du CHU de Rouen.

Docteur Charlotte Clamageran
Praticien Hospitalier CHU de Rouen
[charlotte.clamageran@chu-rouen .fr](mailto:charlotte.clamageran@chu-rouen.fr)

1. Françoise Laroche^a, Julien Guérin^a, Déborah Azoulay^a, Joël Coste^b, Serge Perrot^b.
^a Centre d'évaluation et traitement de la douleur, hôpital Saint-Antoine, 184, rue du faubourg Saint-Antoine, 75012 Paris, France ^b Centre d'étude et de traitement de la douleur, hôpital Cochin et Hôtel-Dieu, 75004 Paris, France. La fibromyalgie en France : vécu quotidien, fardeau professionnel et prise en charge. Enquête nationale auprès de 4516 patients. Revue du rhumatisme, 2019
2. Macfarlane GJ, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. Ann Rheum Dis 2017 ;76 (2):318-328.
3. Expertise collective. Synthèse et recommandations. Fibromyalgie Editions EDP Sciences, 2020 978-2-7598-2439-7 Rapport INSERM
4. Xin-chang Zhang, Hao Chen, Wen-tao Xu, Yang-yang Song, Ya-hui Gu, Guang-xia Ni. Acupuncture therapy for fibromyalgia : a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of Pain Research 2019 :12 527-542
5. Vas J, Santos-Rey K, Navarro-Pablo R, et al. Acupuncture for fibromyalgia in primary care : a randomised controlled trial. Acupunct Med.2016 ;34 (4) :257-266

APPORT DE L'ACUPUNCTURE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA FIBROMYALGIE : EXPERIENCE DU C.E.T.D. DU C.H.U. DE NANTES

Dr Sébastien Abad

Résumé : La prise en charge ou plus exactement l'accompagnement du patient souffrant de fibromyalgie, pathologie complexe s'il en est, nécessite idéalement le recours à l'interdisciplinarité d'un C.E.T.D. L'acupuncture peut y occuper une place de choix et ce à plus d'un titre. Et les perspectives offertes par cette dernière sont nombreuses : thérapeutiques certes, mais également épistémologiques, en recherche, institutionnelles et pédagogiques.

Mots clefs : fibromyalgie, acupuncture, pensée complexe, réfractaire, interdisciplinaire, C.E.T.D. C.H.U. de Nantes.

Un diagnostic complexe

La fibromyalgie est un **syndrome complexe**. Et ce à plus d'un titre. Pourquoi complexe ? Parce que les facteurs étiopathogéniques sont bien souvent multiples et intriqués, avec « *des rapports nombreux, diversifiés, difficiles à saisir par l'esprit, et présentant souvent des aspects différents* » pour reprendre la définition de la complexité par le CNRTL (1).

Elle fait partie des syndromes fonctionnels (C.O.P.C. ou Chronic Overlapping Pain Conditions) avec lesquels elle peut présenter des intrications, et peut s'associer également à des syndromes dépressifs ou anxieux généralisés. Ses conséquences sont physiques, psychiques, sociales et professionnelles. La physiopathologie est de mieux en mieux comprise mais demeure encore globalement absconse.

La douleur certes est le principal symptôme d'appel, mais il n'est pas le seul. Nonobstant, il emporte avec lui une bonne part de la complexité précédemment évoquée. La définition de la douleur la plus souvent citée est celle proposée par *l'International Association for the Study of Pain* (IASP) : la douleur est une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion ».

Mais d'autres approches sont possibles : (...) *La douleur est un reflet de la souffrance dans le miroir de l'humanité (...), (...)* *La souffrance, non seulement n'appartient à personne, et du reste ne se refuse à quiconque sans être désirée par qui que ce soit, mais de surcroît demeure partagée par tous sans possibilité de comparaison (...).*

La douleur est pluridimensionnelle comme l'être humain. La douleur est dans l'Homme comme l'Homme est dans la douleur.

Certains patients sont qualifiés de réfractaires, et ce sont des patients qui doivent bénéficier en priorité d'une prise en charge spécialisée en C.E.T.D.

Un diagnostic complexe qui requiert des prises en charge complexes.

Quelques mots supplémentaires à propos de l'**épidémiologie** du patient douloureux chronique et des **difficultés de prise en charge dans des services spécialisés dits de recours**. Selon les dernières enquêtes, plus de 30% des Français expriment une douleur quotidienne depuis plus de 3 mois. La prévalence de la douleur chronique est significativement plus élevée chez les femmes (35 % [34,4-35,6]) que chez les hommes (28,2 % [27,6-28,7]). Par ailleurs, la prévalence augmente avec l'âge surtout au-delà de 65 ans. La prévalence des douleurs chroniques d'intensité modérée à sévère est évaluée en population générale à un peu moins de 20%. Les CETD nationaux accueillent au maximum 700.000 personnes par an (2). Comment faire pour être juste ? Quels facteurs ou indicateurs pour déterminer qui doit passer en priorité ?

Qu'est-ce qu'un **patient réfractaire ou rebelle** ? Il s'agit d'un patient qui demeure symptomatique et impacté malgré un traitement bien conduit. Qualifier un patient de « réfractaire » ou « rebelle » n'est pas anodin. Réfractaire donc... mais à condition que les traitements de référence aient tous été proposés et pour ceux qui ont été prescrits, qu'ils l'aient été jusqu'à la dose efficace et pendant un temps suffisant. Sinon, il s'agit de *pseudo-réfractaire*. La douleur chronique dite réfractaire se nourrit par ailleurs de la dissociation corps-esprit. La modélisation occidentale de la douleur en dimensions (psychique, somatique, fonctionnelle...) peut-elle représenter un facteur d'entretien ?

Nous pouvons également signaler le cas des patients présentant un **terrain de haute sensibilité**, terrain qui semble fréquent même si les données manquent encore. Des patients en difficulté de suivi médical ? Pourquoi ou plus exactement pour quoi ? (3)

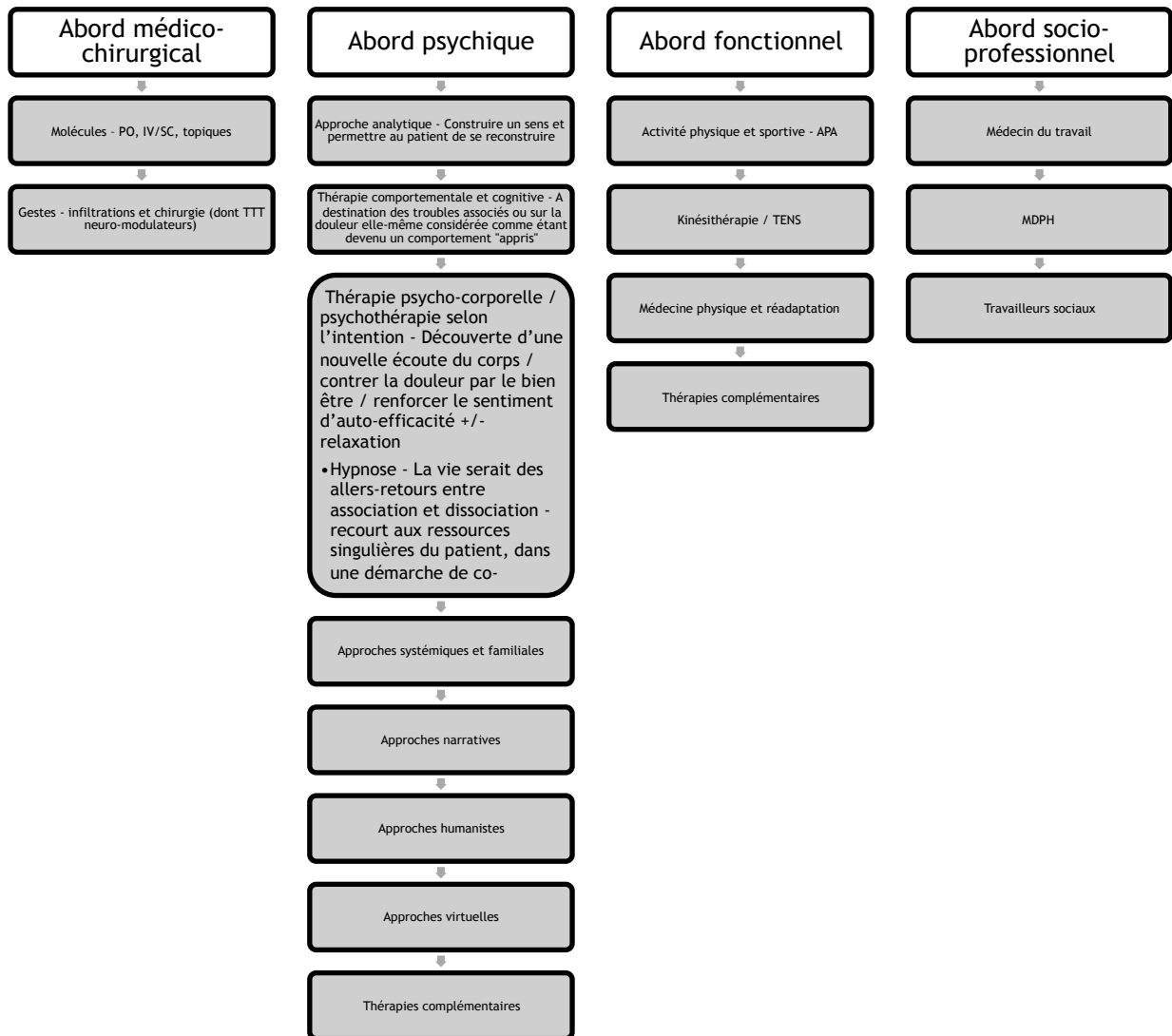
Quelques mots à propos des « structures douleurs »

Comment nous sommes passés des « *centres antidouleurs* » aux « *centres d'évaluation et de traitement de la douleur* », avant d'évoluer vers la « **médecine intégrative** » (SIDSMI) ouverte aux thérapies complémentaires et à leur évaluation.

Les C.E.T.D. sont des structures qui se doivent de cultiver l'**interdisciplinarité** encore plus que la pluridisciplinarité.

Le projet thérapeutique est bâti en se fondant sur le travail autour de **quatre axes intriqués** : médico-interventionnel, psychique, fonctionnel, socioprofessionnel. Comment pourrait-il en être autrement dans le cadre d'un syndrome qui se joue du corps-esprit et porte atteinte à la relation : relation à soi, aux autres, au monde, au sens.

Illustration de cette stratégie plurielle ou multi-modale :



Médecines complémentaires : un contexte particulier dans les C.H.U.

Dans une tribune du Figaro publiée le 19 mars 2018, un collectif de 124 professionnels de santé se faisait fort de pourfendre ce qu'ils considéraient comme des *fake médecine*. Depuis,

les discours outranciers et doxocratiques ne cessent d'enfler. **Face à ce « déferlement » il convient de partir de fondamentaux**, de faire montre d'une extrême rigueur, **et ce tout particulièrement en milieu hospitalo-universitaire.**

Nous pouvons citer le rôle du C.U.M.I.C. (4) qui s'inscrit dans cette dynamique.

Nous rappellerons à titre d'illustration ses objectifs :

Le collège universitaire de médecine intégrative et thérapies complémentaires a pour vocation la constitution d'un groupe interdisciplinaire d'universitaires, pour répondre aux objectifs suivants :

- Promouvoir et encadrer les enseignements et formations universitaires sur l'approche intégrative et personnalisée des patients ainsi que sur les thérapies complémentaires ;
- Promouvoir, dans le domaine de la santé, la recherche et l'innovation, en termes de soins et de prévention sur la médecine intégrative et les thérapies complémentaires ;
- Encourager l'innovation en recherche méthodologique sur ces thématiques, et développer des études médico-économiques prenant en compte l'efficacité de telles prises en charge, et concourant à la limitation de la iatrogénie et des hospitalisations inutiles qui en découlent ;
- Être l'interlocuteur des instances universitaires, des pouvoirs publics, des organismes représentatifs des professions de santé et des associations d'usagers et de patients sur ces thématiques ;
- Mettre en place les bases d'un observatoire des pratiques et des événements indésirables en lien avec les thérapies complémentaires et leur enseignement ;
- Promouvoir les échanges d'expérience et les recherches au niveau national, et international sur ces thématiques, et promouvoir leur harmonisation européenne.

Quelle place occupe l'acupuncture au sein des prises en charge du SIDSMI-CETD du CHU de Nantes ?

Quand la réflexion acupuncturale survient-elle ?

- Lors de l'accueil des patients en HDS¹ et/ou lors des évaluations ponctuant leur semaine d'hospitalisation. Equipe : Dr Sébastien Abad, Dr Yunsan Meas. Bientôt : Dr Eva Kerrouault. Existence différents niveaux d'engagement dans le cadre de la semaine de prise en charge.
- Lors du staff interdisciplinaire hebdomadaire.

¹ HDS : hôpital de semaine.

- Ponctuellement lors d'interventions de l'EMD² quand une demande est faite en ce sens.
- Lors des consultations douleur chronique dès lors que la nosologie et la physiologie chinoises semblent plus appropriées.
- Lors des enseignements. Enseignements universitaires hors diplôme éponyme (dans le cadre du DESC douleur et de la capacité, dans le cadre du DIU de soins palliatifs, et bientôt de la formation IPA³) et au lit du patient (internes et externes en médecine comme en pharmacie).
- Lors du relai vers les acupuncteurs de ville.
- Un peu tout le temps en réalité...

Trouver sa place. Quels sont les points forts à avoir été mis en avant ?

Une méthode de réflexion complète – systémique - et pragmatique avec des tableaux marqués par l'absence de séparation somato-psychique.

Un geste thérapeutique prenant l'aspect d'un dialogue permanent entre le patient et son praticien.

Des passerelles possibles avec la sémiologie occidentale d'appareil voire analytique. Passerelles également avec les praticiens en médecine manuelle et les psychologues.

Une efficacité qui doit être rapide, la répétition des séances étant bien souvent de mise pour obtenir un effet prolongé.

L'enseignement d'une approche globale et intégrative aux étudiants tenant compte de l'E.B.M. et ayant pour ambition de faire évoluer les outils épistémologiques de cette dernière (pensée complexe).

Notre champ d'action permet in fine de distinguer trois axes

Ces axes portent sur la stratégie thérapeutique, la recherche clinique voire fondamentale (médicale et en sciences humaines), la sphère institutionnelle et l'enseignement initial comme la formation continue.

Axe thérapeutique :

² EMD : équipe mobile douleur.

³ IPA : infirmières de pratiques avancées.

- Quelques exemples concrets : **soulager** certes, mais également **diminuer les doses des médicaments antalgiques** et **aide au sevrage** lorsque nécessaire. Abord psychodynamique énergétique : **induire un changement** où l'idée de la possibilité du changement, lutte contre le catastrophisme, un **abord de la non-séparation** sans l'induire.

Axe recherche :

- Nouveaux protocoles de recherche à partir d'une approche épistémologique nouvelle. Par exemple : **quelle autre évaluation** que l'évaluation quantitative par l'E.V.A. ?
- Place de **cette physiologie en pensée complexe** et retour à la clinique et à la richesse sémiologique (5). Ex : cas des douleurs nociplastiques.
- Quelle place pour des couplages ? Ex : rTMS et autres stimulations corticales non invasives (en priming), préparation à un travail psychique.

Axe institutionnel/enseignement :

- Place de la médecine intégrative à l'hôpital et dans le système de soins en général.
- Intérêt en milieu universitaire. Comment **faire évoluer nos enseignements** ?
- La question de la confiscation du savoir par des officines spécialisées et des « non-médecins ».

Illustration de l'organisation de notre stratégie thérapeutique « au lit du malade »:

Rappels et messages importants :

- Partant d'un problème donné, les pistes offertes à l'acupuncteur pour le résoudre sont multiples et en aucun cas contradictoires.
- La décision appartient au médecin et **la cohérence à la relation médecin-malade**. Le point d'acupuncture étant, rappelons-le, une image du vide médian permettant la rencontre des deux.
- Une évidence: on ne traite pas un syndrome et on accompagne un patient plus qu'on le prend en charge.
- Il ne s'agit **pas de techniques mais de grilles de lecture** : vous pouvez raisonner avec les Zheng et finalement poncturer points barrières ou Jing Jin
- Et **on ne traite pas tout en même temps** : on peut commencer par un abord très local, ne pas perdre de vue le problème de fond, et y revenir après avoir montré que « *oui, ça*

a été mieux pendant deux heures seulement...mais deux heures où « ça » avait changé (lutte contre le catastrophisme) ».

Exemples de stratégies auxquelles nous recourons pour élaborer notre « méta-stratégie » : rien de révolutionnaire en fait. Pas encore du moins.

- Cinq mouvements sur le *taiji* – travail autour des typologies et *benshen*. La **haute sensibilité (hyperexcitabilité)** ne nous enferme pas dans un mouvement mais semble exacerber un déséquilibre « physiologique ». Toutes les typologies semblent possibles même si on trouve une prédominance de résonnances sur *yangming* et *jueyin*, sur *taiyang*, sur *shaoyin*... ou sur les mouvements Terre et Eau.
- Grille de lecture des *zheng*. Toutes les compositions sont possibles. La chronicité certes favorise la mise en exergue des vides de Reins, et les ruminations une impaction de RP, avec bien souvent une stagnation de *qi* et *xue* sur des vides avec dégagement de chaleur.
- Vaisseaux extraordinaires – VE des « talons » +++ (*qiaomai* et *weimai*) - protocole proposé dans le cadre d'une étude sur les **dys-perceptions** - approche rééducative.
- Huit règles diagnostiques – points barrières.
- Méridiens tendino-musculaires / acupuncture dite balancée (*yijing*).
- *weiqi* – réflexion par niveaux – lien à l'**image du corps** (orientation / émotions et pulsions).
- Points remarquables : GI9, RA21, RE21, V60...
- Acupuncture « sans aiguille » et même acupuncture « relationnelle en réci(t-)procité »

Illustration de cheminement épistémologique :

De l'ex- approche psychopathologique à une approche relationnelle et complexe.

- On part, historiquement de : « Pathologie psychiatrique. Personnalité pathologique / égocentrisme / syndrome dépressif ».
- Puis : « Syndrome fonctionnel – hypersensibilisation centrale ou syndrome de sensibilité centrale – famille OCPC ».
- Puis on commence à entrevoir : « **Syndrome de l'adaptation / interaction** ». Considérer le spectre de la douleur à la souffrance (avec le développement de signes dits dépressifs qui en brouillent l'ancrage terminal). Personnalité sensitive / hyperesthésie relationnelle. Surexcitabilité et hyper-« stimulabilité ».
- Puis on pourrait considérer : « **Anomalie relationnelle et sensibilité unique** ». La haute sensibilité comme degré d'incertitude vis-à-vis de *soi* en ses diverses relations. Quelle juste distance dans les *entités de soi(s)* ou comment incohérence et superposition se font (travestissent) souffrance.

- Puis on pourrait développer une approche en : « **Complexité** adaptée à la clinique par les cartes ». La considération d'une **hyperalgésie tertiaire** dans la douleur chronique réfractaire, en lien cette fois-ci avec une **sensibilisation de la relation à l'autre**, avec un abaissement de ce qui serait un seuil d'adéquation avec le réel dans toute sa complexité (phénoménologique). On ne le fait pas car manque le vecteur en médecine occidentale. Manque ou manquait ? Des **modèles à n-dimensions (n-tope)**, réintégrant les différentes dimensions de l'individu ainsi que la relation à autrui en un même « polytope »... Lien possible avec l'acupuncture équilibrée ou encore avec l'incidence psychique – terme impropre - d'une puncture. Puis développement de cartes dont la **carte ipsométrique** inscrivant ces approches dans une logique d'« entités de soi(s) ».

Ces approches complexes feront l'objet d'une autre communication développant ce que l'acupuncture et la pensée complexe s'apportent mutuellement.

Remerciements :

Merci au Pr Julien NIZARD, chef du Service Interdisciplinaire Douleur, Soins Palliatifs et de Support, Ethique et Médecine Intégrative au C.H.U. de Nantes. Nous saluons ici sa rigueur et son engagement scientifique dans l'évaluation et l'application des interventions non médicamenteuses.

Dr Sébastien Abad

Praticien hospitalier au C.H.U. de Nantes, Service Interdisciplinaire Douleur, Soins Palliatifs et de Support, Ethique et Médecine Intégrative. Médecin de la douleur, médecin en soins palliatifs, acupuncteur, master II éthique médicale.

abadsebastien@gmail.com

Président de l'association NAULIMUS.

Bibliographie succincte

- (1) –C.N.T.R.L. (2021). *Définition de « complexe »*. En ligne <https://www.cnrtl.fr/definition/complexe>, consulté le 12/09/2021.
- (2) – S.F.E.T.D. (2021). *Etat des lieux – plans douleur*. En ligne <https://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur/> consulté le 12/09/2021.
- (3) – Tomasella, S., Vitaly C. (2020). *L'hypersensibilité pour les nuls*, Paris : éd. Sans doute un des meilleurs ouvrages de vulgarisation sur le sujet. Les ouvrages d'Elaine Aron sont également très informatifs.

- (4) – CUMIC Collège universitaire de médecines intégratives et complémentaires. Procès-verbal de la réunion constitutive du 16 juin 2017, PARIS – CHU Hôtel Dieu - <http://documents.irevues.inist.fr/handle/2042/63787>.
- (5) Abad, S. (2021). *Pourquoi les données personnelles de santé ne sont pas des données. De la nécessité d'un pas de côté dans la complexité*. Mémoire pour le Master II d'éthique médicale, Université de Nantes, France. Soutenue publiquement le 08/06/2021.

Traitement des douleurs post chirurgicales dues à des cicatrices

Dr François Marion, Dr Alain Schmidt

Résumé :

Nous avons tous remarqué qu'après un traitement chirurgical, il persistait un bourrelet qui se résorbait en quelques jours, laissant place à une cicatrice. Parfois, ce bourrelet ne se résorbe pas, laissant un gonflement au-dessus ou en dessous de la cicatrice et s'accompagnant de symptômes proches ou à distance. Il est concevable que ce phénomène, bien visible au niveau cutané, existe aussi en profondeur. Des symptômes apparaissant au-dessus ou en dessous de la zone opérée seront alors perceptibles. En médecine traditionnelle chinoise, la réaction cutanée est une stase de sang au niveau Yang Ming (métal, membrane, peau). Le traitement consistera à : lever la stase, traiter Yang Ming, faire circuler l'énergie et le sang.

Introduction:

L'acte chirurgical est un acte invasif. Il est souvent programmé mais aussi pratiqué en urgence. Dans tous les cas, il y a effraction cutanée avec section de la peau, mais aussi de membranes, vaisseaux, nerfs, muscles, tissu conjonctif etc...

Des douleurs dues à l'agression apparaissent. Elles régressent en général en quelques jours. Elles sont en rapport avec le processus de cicatrisation.

Parfois des douleurs persistent, sans qu'il n'y ait eu de faute. Je pense qu'il s'agit d'un trouble dû à un problème de cicatrice résiduelle.

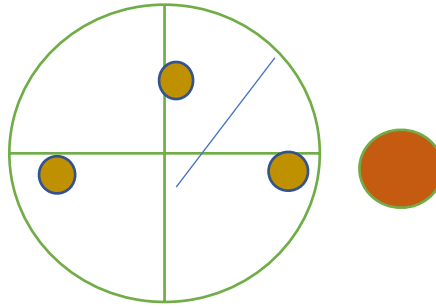
Localisation et diagnostic:

Cette douleur peut correspondre au point d'entrée et être superficielle. La cicatrice est alors visible et marquée. On a souvent la présence d'un bourrelet au-dessus ou en dessous de celle-ci. Cette douleur présente souvent un trajet en rapport avec un méridien.

La douleur peut être profonde, au niveau de la zone opérée ou parfois à distance. La cicatrice est invisible, mais les symptômes sont bien présents et persistants. Ils sont en rapport avec un problème de blocage énergétique au niveau du méridien profond qui traverse la zone et peuvent avoir des répercussions au niveau de la fonction représentée. On trouvera en général les signes de blocage avec des troubles de stagnation en bas associés à des troubles d'emballement en haut (douleur, névralgie ...)

Physiologie:

La chirurgie est un acte invasif: Il y a coupure par une lame au niveau de la peau. C'est une atteinte *yangming* sur la peau:



yangming pervers en excès: atteinte de la fonction de tri, de drainage, de sclérose, lieu de passage *yang* vers *yin*, jusqu'au blocage

Mise en faiblesse de la fonction Métal

Si la fonction Métal était bonne, alors la guérison s'effectue sans souci

Si la fonction Métal était déjà faible, alors le drainage sera plus difficile, il apparaîtra des problèmes de guérison à type de sclérose, de cicatrice.

Mise en faiblesse du Bois avec une énergie qui ne monte plus, un *shaoang* qui s'emballe donnant des douleurs à type de spasmes, et une stagnation de sang

Mise en faiblesse du Feu qui ne retient pas l'emballement, avec apparition de douleur, congestion, troubles circulatoires

Thérapeutique:

1) Préventive:

Renforcer l'énergie *yangming* et la fonction Métal avant la chirurgie:

VE13, PO1, VE25, ES25, PO9, GI11,

Action sur le versant psychologique (le Feu est dominant du Métal): bien expliquer, technique de relaxation, CO7, MC7

2) Immédiate sans attendre les troubles:

massage de la cicatrice

action au niveau des méridiens lésés: points *ting*

#. le point *jing* des *yang*, ou point « métal », fait descendre le *yang* dans le *yin*

#. le point *jing* des *yin*, ou point « bois », fait monter le *yin* vers le *yang*

3) Du blocage à distance de l'intervention:

a. cicatrice visible:

aiguilles locales, dessus, dessous, transfixiantes

b. action sur les méridiens ou le grand méridien en cause :

Avec une aiguille avant la cicatrice, deux aiguilles après

- exemples : GI4, ES36, ES42 ou bien: FO1, FO13, FO14

c. point *xi* du méridien en cause

d. point *luo* controlatéral

4) Traitement de la stase de sang

GI4, GI15, RA6, VB20, FO3, FO8, ES39, VE17, VE40

5) Traitement des fonctions

tonifier la fonction Terre nourricière : VE20, FO13, ES36, RA3

tonifier la fonction Eau : VE23, VB25, VE28, VC3

tonifier la fonction Métal: VE13, P01, PO9

favoriser la montée du Foie: FO1, FO3, FO8

Calmer le Feu: CO1, CO7

Conclusion:

Cette méthode de travail m'a permis d'avoir de très bon résultats.

Une coopération avec les services de chirurgie me paraîtrait très appropriée. Je crois vous avoir montré une complémentarité constructive de ces deux techniques et à aucun moment une remise en cause de l'acte pratiqué.

F.MARION

A.SCHMIDT

Association AMAC

Neuro-acupuncture, antalgique de palier IV !

Dr Patrick Sautreuil

Résumé : La Neuro-Acupuncture est souvent supérieure aux antalgiques de niveau III (opiacés). Cette forme d'acupuncture peut être qualifiée d'inférieure, il n'empêche qu'elle est efficace et adaptée aux douleurs neurologiques. Différents tableaux cliniques en font la démonstration.

Mots clés : *ashixue*, trigger points, *de qi*, douleurs neurologiques

Face aux tableaux douloureux, la Neuro-Acupuncture est souvent supérieure aux antalgiques de niveau III (opiacés). On peut alors parler d'antalgie de niveau IV.

Les patients douloureux et les médecins ne considèrent généralement pas l'acupuncture comme un premier choix, mais plutôt comme un dernier recours. Quand il y a échec de la prise en charge classique occidentale, les patients douloureux chroniques entrent dans un long tunnel obscur à la recherche d'une lueur salvatrice : ce sera la Neuro-Acupuncture!

Des Triggers points aux *ashixue* (阿是穴) : Ouvrier inférieur !

La Neuro-Acupuncture est inscrite depuis des siècles dans l'acupuncture classique, mais elle est considérée comme d'un niveau « inférieur » : selon le Zhen Jiu Da Cheng (1601), traduit par George Soulié de Morant : « En Chine, cette forme d'acupuncture est principalement utilisée par les ouvriers inférieurs ».

Cependant, Sun Se Miao (孫思邈), médecin taoïste et alchimiste renommé de la dynastie Tang (618-907), s'appuyant sur le Huang Di Nei Jing Su Wen a déclaré : « Les endroits douloureux sont des points à puncturer ».

De nos jours, la Neuro-Acupuncture se distingue de l'Acupuncture Classique par son rapport à la médecine contemporaine et scientifique et plus particulièrement aux connaissances actuelles en neuro-physiopathologie. Les aiguilles sont appliquées sur la base d'un examen clinique et d'une palpation minutieuse et rigoureuse des zones et des tissus douloureux, sans référence obligatoire à la cartographie des points d'acupuncture ni des méridiens. La clinique occidentale et la neuro-physiopathologie sont les références, les aiguilles d'acupuncture sont les outils thérapeutiques. Faire un diagnostic appuyé sur les examens complémentaires – radiologie, bilans sanguins, biopsies musculaires, identification génomique, ... est une nécessité : « Sans diagnostic, tous les traitements sont irrationnels » (Hippocrate).

Ashixue versus Triggers Points

On peut différencier puis combiner deux références, l'*ashixue* chinois traditionnel et les Triggers points myofasciaux occidentaux (points gâchette ou détente).

Le terme *ashixue* 阿是穴 appartient à l'acupuncture classique et peut se traduire par « c'est là que je souffre » (littéralement : aïe, être, point) spontané et / ou révélé par la pression du doigt. En Médecine Traditionnelle Chinoise, « *ashixue* » s'explique par le blocage du *qi* (气/氣, énergie ou souffle) que la poncture de l'aiguille et sa manipulation vont débloquer et fluidifier.

Janet Travell et David Simons ont décrit les différents sites de points de déclenchement myofasciaux (Trigger Points, TrPt) dans le corps humain. Le TrPt peut être latent (douloureux

uniquement à la palpation) ou actif (douloureux spontanément). Travell et Simons ont également décrit des « douleurs référées » ou irradiations. Ils ont introduit la *notion de « contraction flash (twitch response) », contraction d'un faisceau musculaire* survenant lors de la palpation du TrPt. Cette brève contraction réflexe est perçue par le patient et l'examineur. Cela se produit également parfois lors de l'insertion de l'aiguille dans le TrPt : c'est un signe de succès par rapport à la cible.

On parle par simplification de *puncture sèche (dry needling)* par opposition au « *wet needling* » (injection d'anesthésiques, anti-inflammatoires stéroïdiens ou non-stéroïdiens, toxine botulique). Sa pratique se répand en Amérique du Nord et en Europe. Son utilisation en médecine du sport se développe également en Chine.

La manœuvre du *deqi*

Elle doit être prudente. La sensation douloureuse, absente au début de la manœuvre s'intensifie progressivement. Prolongée trop longtemps, la douleur devient insupportable : c'est alors de l'« acutorture » !

Dans le contexte de la Neuro-Acupuncture, on recherchera à reproduire la douleur ressentie par le patient.

Si douleur initiale - plainte du patient, douleur provoquée par la palpation, douleur causée par la manipulation du *qi* sont identiques ou très proches, alors la boucle est bouclée. Et c'est un gage d'efficacité et de réussite.

Cas cliniques

La démonstration est étayée à l'aide cas cliniques : douleurs de moignons d'amputation, après AVC, Sclérose en Plaques, maladies neuro-musculaires.

Une technique nouvelle, les aiguilles sous cutanées semi-permanentes, mise au point à l'hôpital Rothschild pour les douleurs allodyniques, est présentée.

Extrait de l'article publié dans la revue Acupuncture & Moxibustion N° 1 Vol 20 La NeuroAcupuncture en Médecine Physique, antalgique de niveau IV ! Première partie : l'appareil locomoteur et le rachis.

Dr P. Sautreuil, ASMAF-EFA
Médecine Physique et Réadaptation
Patrick2sautreuil@gmail.com

Efficacité de l'électroacupuncture pour soulager les phénomènes de spasticité après des lésions de la moelle épinière : à propos d'un cas

Dr Olivier Cuignet

Résumé *Introduction.* Les phénomènes de spasticité secondaires aux lésions de la moelle épinière sont souvent difficiles à soulager quel que soit le type de traitement actuel.

Méthodes. Nous présentons le cas clinique d'un patient pour lequel les traitements conventionnels ne soulageaient ni les douleurs, ni les limitations fonctionnelles et pour lequel l'adjonction d'électro-acupuncture et d'électro-auriculothérapie permit de réduire à la fois les symptômes et les doses des médicaments de son traitement. Ce qui eut comme effet d'améliorer aussi sa qualité de vie, la réalisation des actes de la vie quotidienne et la qualité de son sommeil.

Nous discutons des mécanismes d'action potentiels de l'électro-acupuncture et de son efficacité à travers les conclusions des études animales et cliniques publiées récemment sur le sujet.

Mots clés : électro-acupuncture – spasticité – lésions moelle épinière – mécanismes d'action.

Summary. *Introduction.* The phenomena of spasticity secondary to spinal cord injuries are often difficult to relieve whatever the current type of treatment. *Methods.* We present the clinical case of a patient for whom conventional treatments did not relieve pain or functional limitations and for whom the addition of electro-acupuncture and electro-auriculotherapy made it possible to reduce both symptoms and the doses of the drugs from his treatment. This also had the effect of improving his quality of life by improving the performance of everyday actions and the quality of his sleep.

We discuss the potential mechanisms of action of electro-acupuncture and its effectiveness through the conclusions of recently published animal and clinical studies on the subject.

Keywords: electroacupuncture – spasticity – spinal cord injury – mechanisms of action.

Introduction

La fréquence des lésions de la moelle épinière (LME) varie globalement de 40 à 80 cas par million d'habitants et par an avec une incidence en Amérique du Nord, en Australie et en Europe Occidentale de 39, 16, and 15 cas par million chaque année, respectivement [1]. Les LME peuvent être dévastatrices en entraînant une atteinte fonctionnelle permanente et des complications importantes telles que des altérations sensitivo-motrices, des dysfonctions urinaires et/ou gastro-intestinales, des douleurs chroniques, l'atteinte des fonctions sexuelles, une dysautonomie et de la spasticité [2]. Aussi, l'impact psychologique et social sur les patients, leurs familles et la communauté est significatif. Plusieurs stratégies, telles que la chirurgie, les interventions pharmacologiques, la thérapie comportementale, la physiothérapie et le traitement de soutien, ont été utilisées pour traiter les patients atteints de LME. Cependant, en raison des complications potentielles de ces méthodes, un nombre croissant de patients opte pour des thérapies complémentaires et alternatives [3].

L'acupuncture est l'une de ces thérapies les plus fréquemment utilisées chez les patients atteints de LME. Comparée à d'autres traitements, elle présente l'avantage d'être une procédure simple, absente de toxicité et d'un coût moindre. Un nombre croissant de preuves scientifiques a été publié qui illustre l'effet de l'acupuncture sur les dysfonctions sensitivo-motrices, urinaires, la douleur, les ulcères de décubitus et la spasticité. Bien que plusieurs revues systématiques concluent qu'en clinique, il n'y a encore aucune preuve significative pour soutenir l'efficacité thérapeutique de l'acupuncture dans les LME [4], un nombre croissant d'essais contrôlés randomisés (ECR) de haute qualité sont actuellement en cours qui pourront nous éclairer mieux sur les avantages de cette thérapie d'acupuncture.

Dans cet article, nous décrivons le cas d'un patient présentant surtout des phénomènes de spasticité et de douleur suite à une LME. Pour mieux comprendre les effets positifs que l'électro-acupuncture (EA) a exercé sur ses symptômes et sur sa qualité de vie, nous faisons la revue approfondie de la littérature qui évalue l'efficacité clinique de l'acupuncture pour traiter cette complication particulière des LME et qui en résume les mécanismes d'action potentiels.

Matériel & Méthode

Description de cas

Un patient de 53 ans nous est référé après échec d'acupuncture manuelle (MA) pour soulager des troubles musculaires spastiques invalidants dans les membres inférieurs.

Il a été opéré il y a 2 ans d'un épéndymome à hauteur du 8^e niveau thoracique par abord postérieur.

Six mois après l'intervention, la paraplégie postopératoire initiale a disparu, le patient a pu réapprendre à marcher mais la proprioception des jambes et pieds est diminuée, ce qui entraîne des troubles de l'équilibre. La sensibilité fine (tact épicritique) est très réduite au niveau lombaire, périnéal et sur la face antérieure de ses cuisses.

Des sensations douloureuses cutanées de type brûlures et picotements sont présentes dans les deux membres inférieurs mais se concentrent surtout au niveau des psoas. Le patient les évalue à 3/10 en continu avec des pics à 8/10 lors des accès nocturnes de spasmes.

Le patient souffre en effet de sévères tensions musculaires de repos dans les 2 membres inférieurs et les muscles para lombaires, malgré de la physiothérapie intensive (tous les 2 jours) et des traitements spasmolytiques (baclofène, carbamazépine). Outre la douleur qu'elles provoquent, ces tensions de repos entraînent de la fatigue et de l'instabilité à la position debout ou assise.

De plus, des crises de spasmes bilatéraux dans les membres inférieurs sont apparus quelques semaines après l'opération et deviennent très invalidants. Ces spasmes ont lieu au début de la nuit ou après une période d'inactivité de +/- 30 minutes. Ils consistent en des mouvements de flexion ou d'extension des deux membres inférieurs qui surviennent comme « un éternuement » et sont impossibles à arrêter. Leur occurrence nocturne affecte sévèrement son sommeil. L'addition de cette tension de repos perpétuelle, d'un sommeil rendu impossible par les crises de spasmes et des doses importantes d'analgésiques morphiniques provoque une fatigue diurne importante, des troubles de concentration et une baisse significative de son moral.

L'examen clinique ne met pas en évidence de points gâchette myofasciaux.

Les réflexes ostéo-tendineux (ROT) achilléens et rotuliens sont symétriques et vifs et le patient présente un discret clonus bilatéral à la dorsiflexion plantaire.

Il ne souffre pas de troubles urinaires ni gastro-intestinaux significatifs, si ce n'est une sensation d'urgence lorsqu'il doit uriner ou aller à la selle.

Son objectif est d'agir en priorité sur les spasmes nocturnes pour retrouver un sommeil réparateur et si possible de diminuer la tension musculaire de repos afin d'améliorer sa marche, son équilibre et sa qualité de vie générale.

L'anamnèse en MTC et l'examen des pouls et de la langue permettent de définir un syndrome de type chaleur humidité du Foie et de la Vésicule Biliaire ainsi qu'une atteinte du Merveilleux Vaisseau Dai Mai. L'examen des oreilles du patient montre de manière

intéressante une interruption au niveau des 2 hélix, à hauteur de la projection somatotopique correspondant à la moelle thoracique inférieure.

Protocole d'EA

Le traitement consiste en 2 phases de 25 minutes.

Lorsqu'il est en décubitus dorsal, le patient est traité par des aiguilles placées au niveau des bras, des jambes, de l'abdomen et des 2 oreilles (figure 1).

Le choix des points sur les bras et jambes, basé sur la méthode d'équilibre global, vise à équilibrer le *jueyin - shaoyang* pour atteindre la sphère du foie et de la vésicule biliaire et corriger la chaleur humidité dans ces 2 viscères. De plus, la puncture de VB41 (*zulingqi*) permet d'ouvrir le *daimai*.

L'EA consiste à apparier les points VB27 (*wushu*), ES31 (*biguan*), et les aiguilles placées sur les 2 hélix à hauteur de l'interruption décrite précédemment. Ce choix de points est basé d'une part sur la topographie de l'origine des tensions musculaires selon le patient et sur le fait que VB27 est le point de sortie du *daimai* et ES31 celui du merveilleux vaisseau couplé *chongmai*.

Lorsqu'il est en décubitus ventral, le patient est traité par des aiguilles placées bilatéralement de part et d'autre de sa cicatrice sur la branche interne du méridien de vessie ainsi qu'à hauteur de V23, VG4 et VG14 (figure 2). La stimulation des points des 2 membres inférieurs permet de tonifier la sphère du rein pour soutenir le travail des moelles et est basée également sur la méthode d'équilibre global.

L'EA consiste à apparier les points VE17 (*geshu*), Th8 (à hauteur de l'épineuse de la 8^e vertèbre thoracique), VE18 (*ganshu*), VE19 (*danshu*), VE20 (*pishu*), VE23 (*shenshu*). Là encore, le choix des points repose sur la topographie de la cicatrice (épineuse de Th8) et sur l'action attendue sur le sang (VE17), les viscères du foie (VE18), de la vésicule biliaire (VE19), de la rate (VE20) et du rein (VE23).

Après recherche du *deqi*, les aiguilles sont stimulées pendant 20 min avec une fréquence de 100 Hz, durée d'impulsion de 0,2 ms et avec une intensité maximale mais sous le seuil de perception douloureuse (E600-HAN Acupunctoscope, HK, China).

Evolution du traitement

Les quatre premières séances ont lieu 2 fois par semaine.

Après 1 séance, les crises spastiques nocturnes sont plus intenses mais la tension de repos la journée semble moins forte. Après la 2^e séance, la tension de repos augmente et les crises nocturnes sont plus fréquentes la nuit qui suit la séance mais pas après, la tension de repos, la fréquence et l'intensité des crises nocturnes reviennent au point de départ. Après la 3^e séance, l'intensité et la fréquence des crises nocturnes restent pareilles mais leur durée paraît plus courte.

Les 2 autres séances sont espacées d'une semaine.

Après la 4^e séance, confirmation que la durée des crises nocturnes diminue.

Après la 5^e séance, durée et intensité des douleurs nettement diminuées.

Après la 6^e séance, crises nocturnes toujours présentes mais la diminution de leur fréquence, de l'intensité et de la durée se confirme et le sommeil est donc plus réparateur. A noter une aggravation de la proprioception dans les membres inférieurs qui rend la marche et l'équilibre plus difficile.

Changement de protocole d'EA avec fréquence alternant 3 secondes à 100 Hz et 3 secondes à 2 Hz pendant 20 minutes (protocole de Han JS).

Les 2 séances suivantes ont lieu à 15 jours d'intervalle.

Après la 7^e séance, les crises nocturnes ont disparu. Le sommeil est enfin réparateur et l'énergie et le moral sont revenus au beau fixe. La tension de repos est toujours présente mais moins intense ce qui permet de réduire la dose des analgésiques. La proprioception semble revenue au niveau du départ et les sensations persistantes de brûlures sont remplacées par des ondes de frissons qui partent des pieds pour remonter jusqu'au périnée (le patient trouve cela même plus agréable que précédemment).

A noter que les sensations d'urgence fécales et urinaires s'aggravent (le temps entre la détection et la miction/selles est raccourci). Le traitement est adapté : la fréquence d'EA est à nouveau de 100 Hz et un protocole d'auriculothérapie focalisé sur l'incontinence urinaire & fécale est adopté (aiguilles semi-permanentes au niveau hypothalamus antérieur, parasympathique pelvien, cortex préfrontal et vessie motrice dans la latéralité).

De la 8^e à la 10^e séance, l'intervalle est de 1 mois entre les séances. Les crises nocturnes ont disparu, la tension de repos est toujours présente mais reste réduite et ne nécessite plus d'analgésiques. Les urgences fécales et mictionnelles ont disparu. La proprioception des membres inférieurs semble meilleure et la marche et l'équilibre en sont facilités. Les troubles sensitifs ont presque disparu (le patient n'y pense plus).

Les ROT sont moins vifs et le clonus a disparu.

On essaie alors d'espacer à 3 mois entre les séances.

Lors de la 11^e séance, le patient ré-expérimente de 3 à 4 crises de spasmes nocturnes et son sommeil est à nouveau déstructuré, la tension de repos dans les membres inférieurs est à nouveau augmentée et la douleur nécessite de reprendre des analgésiques. Cependant, il décrit l'intensité, la fréquence et la durée des crises comme moins importantes qu'au début du traitement. La proprioception et les paresthésies sont quant à elles restées meilleures qu'au début du traitement. Les ROT sont plus vifs mais le clonus n'apparaît pas.

On décide de reprendre 3 séances espacées de 3 jours avec le même protocole que lors des premières séances. Une fois de plus, c'est d'abord la durée puis l'intensité et la fréquence des crises nocturnes qui s'améliorent. Après ces 3 séances rapprochées, les crises nocturnes ont disparu et la tension de repos finit par s'améliorer en retournant aux valeurs les meilleures expérimentées par le patient. On décide de se revoir sur une base mensuelle pour éviter les échappements expérimentés lorsque les séances sont trop espacées.

La situation est restée identique depuis 19 mois après la première prise en charge en EA.

Discussion

Dans ce cas clinique, le patient présente donc plusieurs des complications observées à la suite d'une LME mais à des degrés variables. Les troubles sensitifs (proprioception et tact épicritique diminués), vésicaux et intestinaux (urgences), douloureux (paresthésies de type brûlures aux 2 membres inférieurs et douleurs musculaires) sont en effet présents mais occultés par les phénomènes spastiques invalidants présentés par le patient.

Pour comprendre comment l'EA a permis de réduire puis de faire disparaître la majorité des phénomènes spastiques, il faut d'abord en expliquer les mécanismes physiopathologiques.

La revue des études animales et cliniques permettra alors de mieux comprendre comment l'EA interagit avec ces mécanismes et donc d'en expliquer les effets bénéfiques sur la symptomatologie du patient.

Spasticité après LME

La spasticité après une LME est définie comme un des aspects du syndrome des motoneurones supérieurs caractérisé par une exagération du réflexe d'étirement secondaire à l'hyperexcitabilité des réflexes médullaires. Les influences du tronc cérébral et/ou du cortex qui modulent les réflexes sensitivomoteurs myotatiques mono- et poly-synaptiques sont en effet interrompues ou diminuées par la LME (figure 3). Pendant la phase initiale, les motoneurones α et γ sont sidérés et produisent une paralysie flasque, c'est le choc spinal. Cette paralysie aréflexive est progressivement remplacée par une hyperexcitabilité responsable des différentes composantes de la spasticité:

- spasticité tonique intrinsèque: exagération de la composante tonique du réflexe myotatique (se manifestant par une augmentation du tonus de base), présente chez le patient au niveau du bassin, des muscles para lombaires et des cuisses surtout,
- spasticité phasique intrinsèque: exagération de la composante phasique du réflexe d'étirement (se manifestant par l'exacerbation des ROT et un clonus), présente chez le patient,
- la spasticité extrinsèque: mouvements de flexions ou d'extension incontrôlés par exagération des réflexes poly-synaptiques d'évitement. Présente chez le patient et responsable de l'atteinte de son sommeil et de son moral.

Il ressort de la littérature que la spasticité post LME survient après 1 an dans 65 à 78% des cas [5].

La sévérité des symptômes initiaux (évalués selon la classification de l'American Spinal Injury Association, ASIA A à G) et le niveau médullaire élevé de la LME pourraient prédire le risque de présenter de la spasticité [6] Celle-ci survient après la période du choc spinal initial (paralysie flasque, présentée par le patient les 6 premiers mois).

Si elle est souvent présente, cette spasticité ne devient problématique que pour 35 à 27% des patients respectivement après 1 et 5 ans post LME [7], essentiellement en raison des douleurs, de l'impact sur le sommeil, la fatigue et des répercussions sur les activités quotidiennes.

Les échelles d'évaluation ne sont pas standardisées ni validées, ce qui complique l'interprétation des différentes études.

La physiopathologie de la spasticité tonique intrinsèque s'explique par le fait qu'au centre du muscle, des fibres restent étirées constamment (figure 4). Les fuseaux neuromusculaires qui s'y trouvent activent les afférences Ia et II qui transmettent cette information aux motoneurones α . Ceux-ci en retour envoient des efférences vers la jonction neuro-musculaire (JNM) qui produisent la contraction des fibres musculaires constituant le reste du muscle [8]. L'absence ou la réduction de l'influence modulatrice supra-spinale du réflexe, l'hypersensibilité probable à la fois des motoneurones et des afférences en provenance des FNM sont responsables de l'hyperréactivité réflexe [9]. Le muscle lui-même contribue aussi à la spasticité tonique intrinsèque car la JNM devient hyperexcitable à cause de l'expression augmentée des récepteurs à l'Ach. De plus des remaniements internes aux fibres musculaires (sarcomères moins nombreux, augmentation du tissu conjonctif et fibrose) contribuent également à augmenter le tonus de base des myocytes [10].

La composante phasique de la spasticité intrinsèque produit l'exacerbation des réflexes ostéo-tendineux et le clonus. La cause du 1^{er} phénomène est la perte de la modulation exercée par les voies descendantes supra-médullaires sur le réflexe myotatique inversé. Si ce réflexe

permet d'interrompre le réflexe myotatique normal lorsque l'étirement des fibres tendineuses devient trop important et qu'il active les afférences de type Ib de l'appareil de Golgi qui s'y trouve, il est important qu'il s'interrompe après avoir rempli son office. C'est le rôle des voies descendantes supra-médullaires dont l'inhibition pré-synaptique au niveau des afférences Ib permet cette interruption (figure 5). Le clonus pourrait être le résultat de l'activation d'un noyau oscillateur au sein de la moelle épinière qui activerait rythmiquement le motoneurone α en réponse à des stimulations périphériques [11].

La spasticité extrinsèque, responsable des crises nocturnes de mouvements incontrôlés chez le patient, est liée à l'exacerbation des réflexes d'évitement (figure 6). Les afférences cutanées, sous-cutanées et articulaires sont responsables d'un réflexe poly-synaptique complexe à la base du retrait du membre en réponse à une agression périphérique. En l'absence de modulation supra-médullaire, ce réflexe s'auto-entretient et se verrait déclenché pour des seuils de stimulation périphériques abaissés voire anodins et non douloureux (frottements par exemple) [12].

Possibles effets de l'EA sur la spasticité après LME : la piste des neuro-médiateurs.

Malheureusement, force est de constater qu'il existe peu de modèles animaux pour étudier les phénomènes de spasticité post- LME car la majorité des modèles concernent les LME aigus. La spasticité fait suite au choc spinal initial et nécessite un délai d'installation après le traumatisme initial.

Une 1^{ère} approche consiste à mettre en parallèle les sites d'action des différents traitements pharmacologiques et les effets démontrés de l'EA sur ces mécanismes.

Les benzodiazépines (BZD) et le baclofène favorisent l'inhibition par le GABA des réflexes myotatiques en agissant à hauteur de leur branche afférente (figure 7) [13].

En favorisant l'action du GABA sur les récepteurs GABA-A, les BZD ouvrent les canaux chlorures transmembranaires des fibres Ia, ce qui empêche les potentiels d'action de se transmettre vers le motoneurone en hyperpolarisant les afférences du FNM. En diminuant l'activité du réflexe myotatique, leur action sur la spasticité intrinsèque tonique est significative.

Le baclofène agit sur les récepteurs GABA-B pré- et post-synaptiques pour diminuer l'afflux de calcium pré-synaptique et stimuler l'afflux de potassium post-synaptique. L'effet pré-synaptique diminue la spasticité tonique intrinsèque en réduisant l'hyper-réflexivité myotatique. L'effet post-synaptique permet de diminuer la spasticité extrinsèque en réduisant les effets des réflexes poly-synaptiques exacerbés sur les motoneurones α .

Outre leurs effets sédatifs et le risque de dépendance - surtout marqué avec les BZD, ces 2 molécules produisent de la faiblesse musculaire et le risque de tolérance existe. Lorsque les effets secondaires sont trop marqués, on peut espérer en diminuer l'importance par l'implantation de pompes à baclofène qui permettent d'augmenter jusqu'à 4 fois la concentration dans le LCR en n'utilisant que 1 % de la dose orale [14].

Les études animales montrent que l'EA favorise l'expression des récepteurs à GABA et l'augmentation des concentrations supra-médullaires de GABA [15- 16]. Une étude multicentrique est en cours dont l'objectif est d'utiliser la spectroscopie par résonance magnétique (MRS) ainsi que l'acupuncture pour fournir la première caractérisation in vivo des niveaux de GABA cortical entre le traitement pro et post-acupuncture chez les personnes souffrant d'insomnie chronique [17].

Les effets de l'EA sur la modulation des composantes spastiques des LME par le système de GABA sont donc probables même si des études cliniques doivent être élaborées pour le préciser à l'avenir.

La clonidine et la tizanidine sont des agonistes des récepteurs alpha 2 adrénergiques agissant au niveau pré-synaptique pour limiter le relargage de glutamine et d'autres neuromédiateurs excitateurs au niveau pré- et post-synaptique (figure 7). Leur action pré-synaptique réduit la réponse de la partie afférente du réflexe myotatique exacerbé et donc l'hypertonie de base (spasticité tonique intrinsèque). Leur action post-synaptique sur le motoneurone α diminue l'influence des réflexes mono- et poly-synaptiques responsables des mouvements incontrôlés (spasticité extrinsèque) [18].

Ici encore, des effets secondaires comme de la sédation, de l'hypotension ou de la bradycardie peuvent devenir invalidants et limiter les effets positifs de ces traitements sur la spasticité.

De nombreuses études animales confirment le rôle joué par les récepteurs alpha 2 dans l'analgésie produite par l'EA [19]. Il n'est donc pas erroné de suspecter un rôle de ces récepteurs dans les effets de l'EA sur les composantes spastiques post LME.

Possibles effets de l'EA sur la spasticité après LME : la piste des remaniements synaptiques.

Une autre piste pour tenter de comprendre les mécanismes d'action de l'EA est de revoir les études concernant l'usage du TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation), de la stimulation électrique fonctionnelle (functional electrical stimulation, FES) ou de la stimulation électrique périodurale lombaire chez les patients spastiques post-LME [20].

Le TENS peut impliquer la stimulation de fibres afférentes de grand diamètre relayant l'information des mécanorécepteurs à la moëlle épinière qui seraient responsables d'une inhibition des réflexes médullaires et qui pourraient influencer la neuro-plasticité locale (figure 8).

Le FES consiste à stimuler les efférences des motoneurones α et γ des muscles antagonistes à ceux qui sont spasmodés afin de les relâcher par le jeu du réflexe d'inhibition réciproque.

La stimulation périodurale pourrait impliquer l'activation de réseaux inhibiteurs au sein de la moëlle épinière [20].

Cependant, toutes ces techniques ne montrent pas d'effet à long terme mais démontrent plutôt un effet sur la spasticité qui dure de 10 minutes à 4 heures [20].

L'EA a une action plus proche de celle du TENS que de la FES car elle ne vise pas à stimuler les muscles antagonistes à ceux qui sont responsables de la spasticité.

Par ailleurs, l'EA de points para vertébraux (méridien de Vessie, points *Huatuojiaji*) pourrait combiner certains effets du TENS et indirectement de ceux de la stimulation électrique périodurale.

Les auteurs d'une revue systématique récente sur l'usage du TENS chez les patients spastiques post LME conclut des 14 ECR (n = 544) que le TENS est le plus efficace lorsqu'il est combiné à de la physiothérapie intensive et que les sessions sont répétées : les effets sont rapides et se prolongent au-delà de 4 heures [21]. Les paramètres les plus souvent utilisés sont : 100Hz, 0,25 ms, intensité 15 -30 mAmp : au-dessus du seuil de perception mais en dessous du seuil moteur, 30 à 60 minutes. Les nerfs le plus souvent stimulés sont le nerf péronéal profond et le nerf sural [22].

Le TENS est supposé réduire la spasticité en stimulant les afférences de grand diamètre qui pourraient moduler la réorganisation synaptique neuronale [23], améliorer l'inhibition

réciroque [24] et l'inhibition pré-synaptique [25] (figure 8). Cette théorie est étayée par une étude animale [26] qui démontre la libération de GABA dans les synapses axo-axonales de la moelle épinière à la suite de TENS à haute fréquence.

A noter que la démonstration de l'implication du réflexe d'inhibition réciroque par le TENS pour soulager la spasticité chez des patients souffrant de sclérose en plaques est une des rares études qui démontre ce mécanisme d'action en pratique clinique [24].

A ce jour, seules 4 études chinoises rapportent l'utilisation de l'EA pour les spasticités post-LME.

La 1^{ère} étude avec résumé en anglais rapporte que la stimulation électrique transcutanée de points d'acupuncture à haute fréquence (100 Hz) produit un effet anti-spastique immédiat chez des patients souffrant de spasticité post-LME, mais nécessite un traitement continu [27]. Outre des mécanismes similaires à ceux du TENS, les auteurs postulent que c'est l'augmentation de la production de dynorphine (Dyn) dans la corne antérieure de la moelle épinière qui diminue l'excitabilité des motoneurones en agissant sur les récepteurs opiacés kappa. Ces résultats ont été confirmés par la 2^{ème} étude qui utilise de l'EA à 100 Hz pour réduire efficacement la spasticité chez le rat [28].

L'effet des Dyn sur les neurones et la glie médullaires est complexe car les Dyn peuvent avoir des actions neuro-protectrices ou pro-apoptotiques sur les cellules de la moelle épinière, selon la distribution des récepteurs opioïdes kappa et la quantité libérée [29]. Lors de la phase aiguë des LME, des niveaux excessifs de Dyn contribuent probablement à l'hyperalgésie ainsi qu'aux lésions excito-toxiques des neurones et de la glie. Pendant la phase chronique par contre, l'EA libère les Dyn à des concentrations plus proches de la normale physiologique ce qui pourrait avoir des effets analgésiques et neuro-protecteurs sur les cellules de la moelle épinière [29].

Effets de l'EA sur les points auriculaires: la piste des voies modulatrices cortico-spinales.

L'EA des points sur l'hélix des oreilles du patient interfère avec le complexe trigéminal sensitif. Celui-ci est connu pour moduler l'activité des centres régulateurs du tronc cérébral et du diencéphale et entraîner secondairement l'activation des voies cortico-spinales descendantes sensitivo-motrices [30].

Chez notre patient, on peut donc supposer qu'au moins partiellement le soulagement observé est lié à l'activation de ces voies cortico-spinales descendantes en modulant les réflexes médullaires incriminés dans la spasticité du patient.

Effets de l'EA sur les autres complications après LME

Bien sûr, ce travail n'aborde pas les autres mécanismes d'action bénéfiques de l'acupuncture sur les complications des LME. Ceux-ci sont bien résumés dans quelques revues de littérature dont la dernière est parue en 2018 [31].

Outre ses effets sur la spasticité post LME, l'acupuncture exerce des effets neuro-protecteurs, anti-inflammatoires et anti-apoptotiques lors de la phase initiale des LME qui en diminuent le dommage initial. En favorisant la sécrétion et l'optimisation de facteurs neurotrophiques, l'acupuncture promeut la régénération des axones lésés, la reconstruction de l'architecture neuronale et gliale post-LME [32]. Des expériences animales intéressantes montrent que l'acupuncture peut favoriser la différenciation de cellules mésenchymateuses indifférenciées prélevées dans la moelle osseuse [33].

La neuroplasticité est fortement corrélée à la récupération motrice. Il a été démontré que l'acupuncture peut induire des changements de neuroplasticité chez des volontaires sains [33]. Des investigations en microscopie électronique ont montré que l'acupuncture des points d'acupuncture E36(*Zusanli*), VB39 (*Xuanzhong*), E32 (*Futu*) et RP6 (*Sanyinjiao*) pouvait favoriser la plasticité médullaire en augmentant le nombre de terminaisons synaptiques dans la lame II de Rexed et le noyau dorsal du vague [34].

Tous ces mécanismes d'action généraux contribuent certainement aux effets positifs observés lors de la prise en charge par EA des manifestations spastiques du patient décrit dans ce travail. Néanmoins, ce ne sont là que des spéculations qui nécessiteront à l'avenir de réaliser des études cliniques pour permettre d'en préciser les indications et les effets réels.

Conclusion.

L'amélioration des symptômes présentés par le patient décrit dans ce cas clinique après traitement par EA et acupuncture manuelle repose donc sur des mécanismes d'action qui n'ont pas encore été formellement élucidés.

Les effets de l'EA sur les points périphériques se rapprochent certainement de ceux décrits pour le TENS ou les techniques d'électrostimulation. Ils pourraient être le reflet d'une réorganisation de la circuiterie qui rend compte de l'interaction complexe entre les réflexes myotatiques, poly-synaptiques directs ou réciproque ou d'évitement au niveau médullaire.

Les effets de l'EA des points para-spinaux se rapprochent plus probablement de ceux de la stimulation électrique lombaire et pourraient mettre en jeu la modulation de la sécrétion des Dyn de la corne dorsale de la moelle épinière lorsque la fréquence de stimulation est haute.



Dr Olivier Cuignet

Président de l'ABMA BVAA

Médecin anesthésiste

Enseignant à l'Association Belge des Médecins acupuncteurs

✉ o.cuignet5@gmail.com

Références

1. Furlan JC, Sakakibara B, Miller WC, Krassioukov A. Global Incidence and Prevalence of Traumatic Spinal Cord Injury Can J Neurol Sci. 2013 ; 40(4): 456-464
2. Sezer N, Akkus S, Ugurlu FG. Chronic complications of spinal cord injury. World J Orthop 2015;6(1):24-33.
3. Robinson N, Lorenc A, Ding W, Jia J, Bovey M, Wang XM. Exploring practice characteristics and research priorities of practitioners of traditional acupuncture in China and the EU- A survey. J Ethnopharmacol 2012;140(3):604-13.
4. Heo I, Shin BC, Kim YD, Hwang EH, Han CW, Heo KH. Acupuncture for spinal cord injury and its complications: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Evid Based Complement Alternat Med 2013; 2013, 364216.
5. Maynard FM, Karunas RS, Waring. Epidemiology of spasticity following traumatic spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil 1990; 71: 566-569.

6. Sköld C, Levi R, Seiger A. Spasticity after traumatic spinal cord injury: nature, severity, and location. *Arch Phys Med Rehabil* 1999; 80: 1548–1557.
7. Johnson RL, Gerhart KA, McCray J, Menconi JC, Whiteneck GG. Secondary conditions following spinal cord injury in a population-based sample. *Spinal Cord* 1998; 36: 45–50.
8. Lundy-Ekman L. *Neuroscience Fundamentals for Rehabilitation*. W.B. Saunders Company: Toronto 2002.
9. Noth J. Trends in the pathophysiology and pharmacotherapy of spasticity. *J Neurol* 1991; 238: 131–139.
10. Gracies JM, Nance P, Elovic E, McGuire J, Simpson DM. Traditional pharmacological treatments for spasticity. Part II: General and regional treatments. *Muscle Nerve Suppl* 1997; 6: S92–120.
11. Beres-Jones JA, Johnson TD, Harkema SJ. Clonus after human spinal cord injury cannot be attributed solely to recurrent muscle-tendon stretch. *Exp Brain Res* 2003; 149: 222–236.
12. Sheean G. The pathophysiology of spasticity. *Eur J Neurol* 2002; 9(Suppl 1): 3–9.
13. Burchiel KJ, Hsu FP. Pain and spasticity after spinal cord injury: mechanisms and treatment. *Spine* 2001; 26: S146–S160.
14. Emery E. Intrathecal baclofen. Literature review of the results and complications. *Neurochirurgie* 2003; 49: 276–288.
15. Xu Q, Yang JW, Cao Y, Zhang LW, Zeng XH, Li F, Du SQ, Wang LP, Liu CZ. Acupuncture improves locomotor function by enhancing GABA receptor expression in transient focal cerebral ischemia rats. *Neurosci Lett*. 2015 Feb 19;588:88-94.
16. Wen G., He X., Lu Y., Xia Y. (2010) Effect of Acupuncture on Neurotransmitters/Modulators. In: Xia Y., Cao X., Wu G., Cheng J. (eds) *Acupuncture Therapy for Neurological Diseases*. Springer, Berlin, Heidelberg
17. <https://www.centerwatch.com/clinical-trials/listings/160819/insomnia-disorder-study-mechanism-chronic-insomnia>
18. Kirshblum S. Treatment alternatives for spinal cord injury related spasticity. *J Spinal Cord Med* 1999; 22: 199–217.
19. Lai HC, Lin YW, Hsieh CL. Acupuncture-Analgesia-Mediated Alleviation of Central Sensitization. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2019 Mar 7;2019:6173412.
20. Adams MM, Hicks AL. Spasticity after spinal cord injury, a review. *Spinal Cord* (2005) 43, 577–586
21. Mills PB, Dossa F. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for Management of Limb Spasticity: A Systematic Review. *American journal of physical medicine & rehabilitation*. 2016;95 (4):309–18.
22. Dewald JP, Given JD, Rymer WZ. Long-lasting reduction of spasticity induced by skin electrical stimulation. *IEEE transactions on rehabilitation engineering : a publication of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society*. 1996;4(4):231–42.
23. Joodaki MR, Olyaei GR, Bagheri H. The effects of electrical nerve stimulation of the lower extremity on H-reflex and F-wave parameters. *Electromyography and clinical neurophysiology*. 2001;41 (1):23–8.
24. Crone C, Nielsen J, Petersen N, Ballegaard M, Hultborn H. Disynaptic reciprocal inhibition of ankle extensors in spastic patients. *Brain : a journal of neurology*. 1994;117 (Pt 5): 1161–8.
25. Levin MF, Hui-Chan CW. Relief of hemiparetic spasticity by TENS is associated with improvement in reflex and voluntary motor functions. *Electroencephalography and clinical neurophysiology*. 1992;85(2):131–42.
26. Maeda Y, Lisi TL, Vance CG, Sluka KA. Release of GABA and activation of GABA(A) in the spinal cord mediates the effects of TENS in rats. *Brain research*. 2007;1136(1):43–50.
27. Y. Yu, “Transcutaneous electric stimulation at acupoints in the treatment of spinal spasticity: effects and mechanism,” *Chinese Medical Journal*, vol. 73, no. 10, pp. 593–595, 1993, 637.
28. Dong HW, Wang LH, Zhang M, and Han JS, “Decreased dynorphin a (1–17) in the spinal cord of spastic rats after the compressive injury,” *Brain Research Bulletin*. 2005, vol. 67, no. 3, pp. 189–195
29. K. F. Hauser, J. V. Aldrich, K. J. Anderson et al., “Pathobiology of dynorphins in trauma and disease,” *Frontiers in Bioscience*. 2005, vol. 10, no. 1, pp. 216–235.
30. Halimi David. *L’auriculothérapie médicale. Bases scientifiques, principes et stratégies thérapeutiques*. 1st ed. Issy les Moulineaux: Elsevier Masson; 2017. Chapter 10. Neurophysiologie des perceptions; p65-66.
31. Fan Q, Cavus O, Xiong L, Xia Y. Spinal Cord Injury: How Could Acupuncture Help? *J Acupunct Meridian Stud* 2018;11(4):124-132
32. Manni L, Albanesi M, Guaragna M, Barbaro Paparo S, Aloe L. Neurotrophins and acupuncture. *Auton Neurosci* 2010; 157(1e2):9e17.
33. Ding Y, Yan Q, Ruan JW, Zhang YQ, Li WJ, Zhang YJ, et al. Electro-acupuncture promotes survival, differentiation of the bone marrow mesenchymal stem cells as well as functional recovery in the spinal cord-transected rats. *BMC Neurol* 2009;10:35.
33. Yang Y, Eisner I, Chen S, Wang S, Zhang F, Wang L. Neuroplasticity changes on human motor cortex induced by acupuncture therapy: a preliminary study. *Neural Plast* 2017; 2017, 4716792.
34. Wu LF, Xiao RY. The effect of acupuncture on plasticity of cat spinal cord: quantitative electron microscopic study. *J Chin Med* 1992;3:1e8.

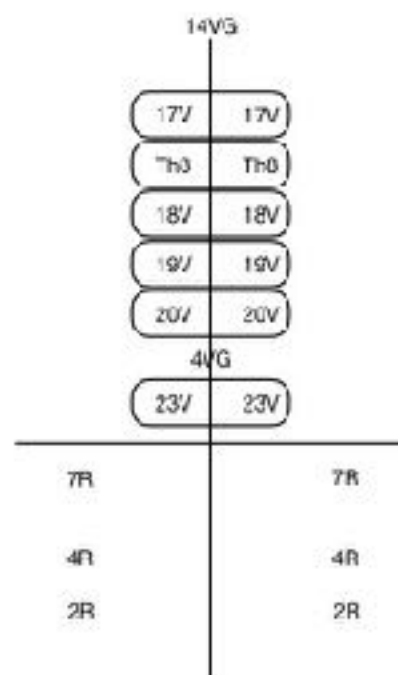


Figure 2: Schéma de points en Décubitus ventral

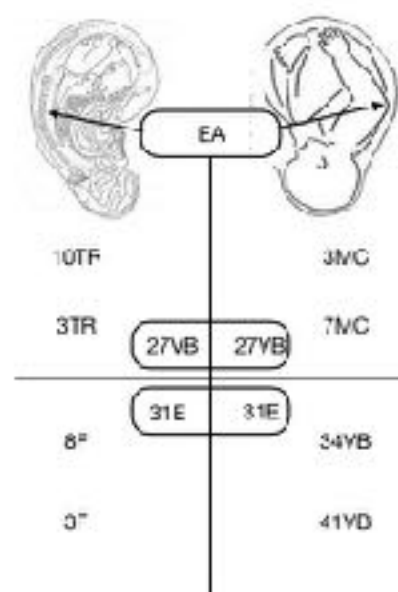


Figure 1: Schéma de points en Décubitus dorsal

Figure 1. Perte de la modulation supra-médullaire des réflexes myotatiques après lésion de la moelle cervicale

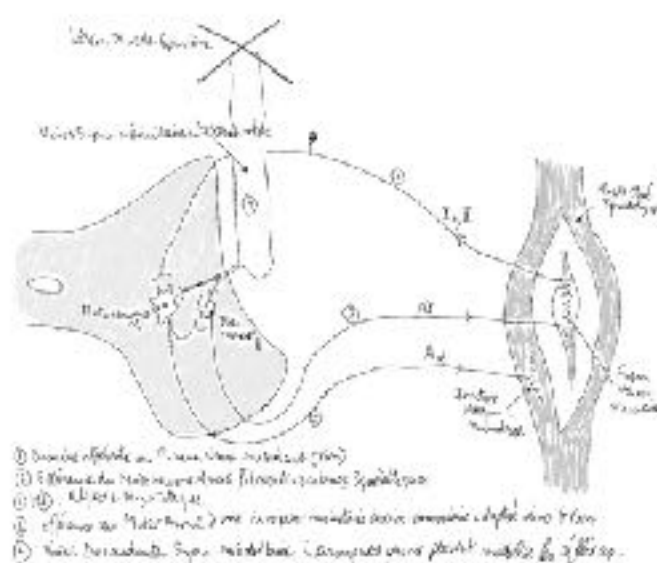


Figure 3. Mécanismes physiopathologiques de la sensibilité rhéologique intrinsèque

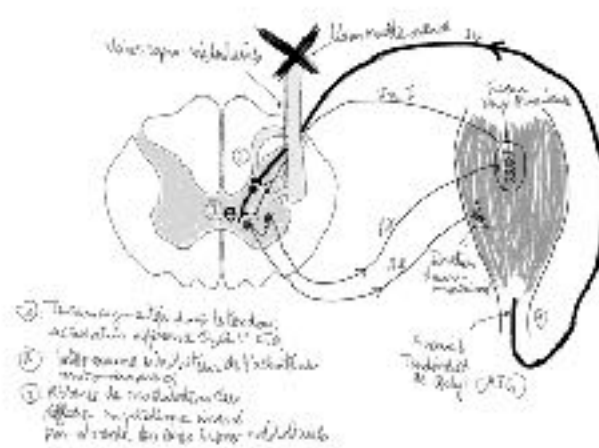


Figure 4. Mécanismes physiologiques de la spécificité corticostricale: rôle du système d'attention.



Figure 2. Les sites et modes d'action des neurotransmetteurs du baclofène, de la strychnine et la fixation des ligands porteurs de spécificité d'origine moléculaire.

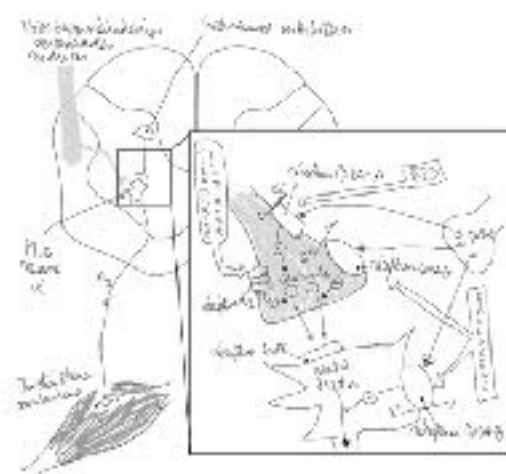
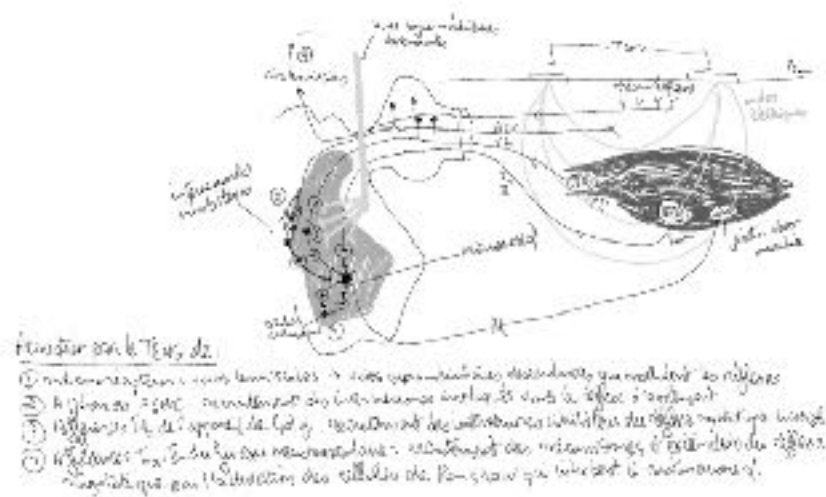


Figure 4: Possibles explications de l'action du HNS dans les phénomènes de sport et musculaire d'origine médullaire.



Intérêt de l'acupuncture dans la prise en charge des Céphalées et Migraines.

Dr Christophe Desfosses

Résumé.

Les Céphalées sont des motifs fréquents de consultation.

Avant d'entreprendre un traitement acupuncture pour le traitement d'une céphalée, il est nécessaire de faire une recherche étiologique afin d'éliminer une céphalée secondaire.

La tête est le lieu de rencontre de l'ensemble des méridiens yang de la main et du pied, le lieu de convergence du Qi et du sang.

Les céphalées en médecine traditionnelle chinoise recouvrent en médecine occidentale les pathologies suivantes : migraines, névralgie du trijumeau, algie vasculaire de la face, céphalées de tension etc...

Une céphalée peut être causée par des facteurs exogènes dont le principal est le vent.

Elle peut être causée par des facteurs endogènes qui ont fréquemment pour cause un dérèglement du foie.

Les céphalées peuvent également avoir d'autres causes comme :

- Une alimentation inadaptée
- Un vide de *Qi* et de *Sang*
- Un vide de *Jing* des Reins

Le traitement peut faire l'objet de deux approches :

- En fonction des syndromes :
 1. Accumulation de vent froid
 2. Accumulation de vent chaleur
 3. Accumulation de vent humidité
 4. Stagnation du *Qi* du Foie
 5. Feu du Foie
 6. Exacerbation du feu du Foie
 7. Hyperactivité du *yang* du Foie
 8. Feu de l'Estomac
 9. Accumulation de glaire humidité
 10. Vide de *Qi*
 11. Vide de *Sang*
 12. Vide de *Jing* des Reins
 13. Stagnation de Sang
- En fonction du ou des méridiens atteints
 1. *Yang ming*
 2. *Shao yang*
 3. *Tai yang*

La présentation permettra de mieux comprendre l'intérêt de l'acupuncture dans la prise en charge des céphalées, également en s'appuyant sur l'expérience taïwanaise lors d'un voyage d'étude effectué à Taichung en février 2020.

Mots clés : Médecine traditionnelle chinoise - Acupuncture - Céphalées.

PARTIE I - LES CÉPHALÉES SELON LA MÉDECINE OCCIDENTALE

Définitions et généralités

La céphalée (douleur de l'extrémité céphalique) est un symptôme subjectif est un motif fréquent de consultation aussi bien aux urgences qu'au cabinet de ville. Les différentes causes se divisent en deux groupes : Les céphalées primaires et les céphalées secondaires.

Les céphalées primaires sont les plus fréquentes. La migraine et la céphalée de tension font partie des céphalées primaires les plus fréquentes. Du fait de leur prévalence élevée ces deux affections ont un impact socio-économique important. De plus elles altèrent la qualité de vie des patients. Il est important de distinguer les céphalées primaires des céphalées secondaires dont l'origine peut engager le pronostic vital.

Etiologies et physiopathologie

ETIOLOGIES

Les céphalées primaires comprennent :

- La céphalée de tension
- La migraine
- L'algie vasculaire de la face

Les céphalées secondaires :

- Une affection vasculaire crânienne ou cervicale
- Une pathologie intracrânienne non vasculaire
- La prise d'une substance ou de son arrêt (abus médicamenteux)
- Un traumatisme crânien ou cervical
- Une anomalie de l'homéostasie (par exemple hydrique)
- Une pathologie ophtalmique
- Une affection psychiatrique

Les céphalées perçues comme récentes ou inhabituelles sont des céphalées secondaires jusqu'à preuve du contraire et nécessitent des examens en urgence. Les céphalées reconnues par le patient comme anciennes et habituelles sont des céphalées primaires.

PHYSIOPATHOLOGIE

Le mécanisme exact de la céphalée de tension n'est pas élucidé. Ce sont des douleurs dysfonctionnelles avec interactions de facteurs périphériques myogènes et facteurs neurologiques centraux avec dysfonction des systèmes de contrôle de la douleur. D'un point de vue physiopathologique, la migraine peut être définie comme un trouble d'excitabilité du cerveau et un dérèglement des voies sensitives. Elle est due à une excitabilité neuronale anormale sous tendue par une prédisposition génétique et modulée par des facteurs environnementaux intrinsèques et extrinsèques. Les mécanismes de l'algie vasculaire de la face ne sont pas totalement élucidés. La céphalée et les signes végétatifs sont dus à l'activation du système trigémino vasculaire et des efférences du système nerveux autonome d'un seul côté.

Interrogatoire, examen clinique et examens complémentaires.

Céphalées primaires

La céphalée de tension

Dans la population générale, la prévalence varie de 30 à 78 %. (1) (2) Elle est définie par des maux de tête, le siège est typiquement bilatéral antérieur (barre frontale) ou postérieur (avec cervicalgies). Le type est variable : serrement, étai, pression, brûlure, sensation de tête vide. Au contraire de la migraine, il n'y a pas de signes digestifs.

Les critères diagnostiques de la céphalée de tension épisodique selon la classification IHCH-3 bêta (international classification of headache disorders 3^{ème} édition) sont résumés dans le tableau ci-dessous :

A. Au moins 10 épisodes de céphalées survenant de 1 à 14 jours par mois en moyenne sur une durée >3 mois (≥ 12 et < 180 jours /an) et remplissant les critères B-D
B. Céphalée se prolongeant de 30 min à 7 jours.
C. Céphalée possédant au moins deux sur quatre caractéristiques suivantes : 1) Localisation bilatérale 2) Qualité sous forme de pression ou serrement 3) Non pulsatile 4) Intensité légère à modérée 5) Absence d'aggravation lors des activités physiques de routine.
D. Les deux critères suivants : 1) Absence de nausées et vomissements 2) Un seul des deux signes suivants : photophobie ou phonophobie
E. non attribuable à une autre affection définie par l'IHCD-3

A l'examen clinique, le signe pathologique le plus fréquent est une augmentation de la sensibilité des muscles ou des insertions tendineuses péricrâniennes à la palpation manuelle. Le diagnostic positif repose sur l'interrogatoire, un examen clinique normal. L'imagerie est indiquée lorsque les céphalées :

- Se modifient notablement et que le patient décrit une céphalée inhabituelle pour lui
- S'accompagnent d'une anomalie à l'examen clinique
- Ou débutent après l'âge de 50 ans

La migraine

Elle concerne 15 % de la population générale. C'est une des affections neurologiques les plus fréquentes. Elle comporte la migraine sans aura qui est la plus fréquente et la migraine avec aura dans laquelle la céphalée est accompagnée de symptômes neurologiques transitoires. La migraine est trois fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme et touche 5 à 10 % des enfants.

Migraine sans aura

La crise est souvent précédée de prodromes : irritabilité, asthénie, somnolence, faim, bâillements... La céphalée migraineuse est progressive la journée ou en fin de nuit. Elle atteint son maximum en quelques heures et dure une demi-journée à quelques jours. Elle est aggravée par les activités physiques, la lumière, le bruit et améliorée par le repos et le noir. Les nausées et /ou vomissements sont fréquents.

Les critères de la migraine sans aura sont résumés dans le tableau ci-dessous :

A. Au moins 5 crises répondant aux critères B à D.
B. Crises de céphalées durant 4 à 72 heures (sans traitement)
C. Céphalée ayant au moins deux des caractéristiques suivantes : - Topographie unilatérale - Type pulsatile - Intensité modérée ou sévère - Aggravation par les activités physiques de routine
D. Présence durant la céphalée d'au moins un des caractères suivants : - Nausées et / ou vomissements - Photophobie et phonophobie
E. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3.

Migraine avec aura

La céphalée y est précédée ou accompagnée de symptômes neurologiques transitoires progressifs (vision de lumière, tâche, paresthésie) ou négatifs (déficit visuel, sensitif ou du langage).

- Aura visuelle : c'est la plus fréquente, 99 % des sujets atteints ont une aura visuelle et 90 % ont une aura purement visuelle. Elle comporte des phénomènes positifs (persistant les yeux fermés) et/ou négatifs binoculaires qui débutent au centre ou à la périphérie du champ visuel, progressent doucement pour gagner un hémichamp visuel ou les deux, puis s'évacuent. Le classique scotome scintillant est peu fréquent en pratique. Les phénomènes positifs sont de forme variable (phosphènes tâches angulaires ou arrondies lignes brisées, halos lumineux) Les phénomènes négatifs sont aussi fréquents : flou visuel, scotome, hémianopsie latérale homonyme et parfois cécité.
- Aura sensitive : 30 % des patients ont une aura sensitive qui débute généralement après les troubles visuels.
- Aura aphasique : plus rares 20 % des patients manque du mot, dysarthrie ou aphasie totale.
- Aura du tronc cérébral : 10 % des patients ont une aura dite basilaire, troubles visuels bilatéraux, troubles sensitifs bilatéraux.
- Aura motrice : 6 % des migraineux ont avec aura ont un déficit moteur.

Les migraines basilaires et motrices nécessitent toujours des explorations complémentaires pour éliminer d'autres étiologies.

Les critères de migraines avec aura sont résumés dans les tableaux ci-dessous :

A. Au moins deux crises répondant aux critères B et D.
B. Aura comprenant des troubles visuels et / ou sensitifs et / ou dysphasiques, tous entièrement régressifs, mais sans déficit moteur et sans symptômes du tronc cérébral ou rétiniens.
C. Présence d'au moins deux des quatre critères suivants : - au moins un des symptômes de l'aura se développe progressivement en 5 min et / ou un ou plusieurs symptômes se succèdent. - chaque symptôme individuel d'aura dure 5 à 60 minutes. - au moins un symptôme de l'aura est unilatéral - l'aura est accompagnée ou suivie dans les 60 minutes par une céphalée.
D. n'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de ICHD-3 et un accident ischémique transitoire a été exclu.

Facteurs déclenchants des crises ou de la maladie migraineuse : (13)

Facteurs psychologiques : Contrariété Anxiété Emotion Choc psychologique « stress »	Habitudes alimentaires : Jeûne Hypoglycémie Repas sautés ou irréguliers Arrêt ou diminution importante de la consommation de café
Facteurs climatiques : Vents violents Orage Chaleur Froid Changement de temps	Facteurs hormonaux : Puberté Règles Grossesse Contraceptifs oraux Traitement hormonal substitutif de la ménopause
Modification du rythme de vie : Week end Grasse matinée Déménagement Départ en vacances Voyages Surmenage Changement de travail	Facteurs sensoriels : Lumière Bruit Odeurs vibrations
Aliments : Alcool Chocolat Graisses cuites Agrumes Fromages	Autres facteurs : Traumatisme crânien ou cervical Exercice physique Rapports sexuels Altitude Trajets en voiture

Les céphalées trigémino- autonomiques

Elles associent un caractère unilatéral strict de la douleur et la présence de signes dysautonomiques.

L'algie vasculaire de la face :

C'est une céphalée rare qui touche plutôt l'homme jeune. L'algie vasculaire de la face est une douleur atroce strictement unilatérale toujours du même côté centrée sur l'œil durant 15 à 180 minutes. Le début des crises se situe entre 20 et 40 ans. Elle est accompagnée de signes végétatifs homolatéraux (larmoiements, congestion nasale, injection conjonctivale, œdème palpébral, sudation, signe de Claude Bernard Horner).

Les critères diagnostiques sont résumés dans le tableau ci-dessous :

A. Au moins 5 crises correspondant aux critères B et D.
B. Douleur sévère à très sévère, unilatérale orbitaire, sus orbitaire et / temporale durant 15 à 180 minutes (sans traitement)
C. L'un des éléments suivants ou les deux : • Au moins un des signes/ symptômes suivants du même côté que la douleur : - Injection conjonctivale et / larmoiement - Congestion nasale et / rhinorrhée - Œdème palpébral - Transpiration du front et / ou de la face - Rougeur du front et / ou de la face - Impression de plénitude de l'oreille - Myosis et / ou ptosis - Une impression d'impatience ou une agitation
D. Fréquence des crises comprise entre une tous les deux jours et huit par jour en période active
E. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3

Prise en charge et traitement :

La céphalée de tension :

Pour les formes épisodiques un traitement par paracétamol, aspirine ou AINS peut être prescrit lors des crises sans dépasser 8 à 10 jours par mois. Pour les formes épisodiques fréquentes ou les céphalées de tension chroniques, le traitement de fond repose essentiellement sur l'amitriptyline.

La migraine :

Le traitement de la crise de migraine comporte les traitements non spécifiques : paracétamol, aspirine ou AINS et les traitements spécifiques dérivés de l'ergot de seigle (tartrate d'ergotamine) ou les triptans (almotriptan...).

L'algie vasculaire de la face :

Deux traitements sont efficaces : le sumatriptan injectable et l'oxygénothérapie.

PARTIE II - LES CÉPHALÉES SELON LA MÉDECINE TRADITIONNELLE CHINOISE

Définition

La médecine traditionnelle chinoise est une médecine millénaire. L'acupuncture fait partie intégrante de la médecine traditionnelle chinoise avec la pharmacopée, la diététique, le tuina, le tai-chi-chuan /qigong. Différentes théories ont été élaborées au fil des siècles.

Etiologie et physiopathologie

La céphalée (*toutang*) est un symptôme courant touchant la région au sommet du corps, région qualifiée de « palais du *yang* clair » par la médecine traditionnelle chinoise.

CLASSIFICATION SELON LES *ZHENG* : (3) (4)

De nombreux facteurs pathogènes sont susceptibles de la provoquer. On distingue les facteurs pathogènes externes et les facteurs pathogènes internes.

Les facteurs pathogènes externes sont :

Le vent froid : c'est l'une des causes les plus fréquentes. Il attaque généralement les zones superficielles et supérieures du corps. Le vent froid contracte les muscles et les tendons. Le froid se caractérise par une stagnation qui va entraîner un ralentissement de la circulation céphalique du *Qi* et du *Sang* et entraîner les céphalées.

Le vent chaleur attaque le réchauffeur supérieur. Le vent et la chaleur sont des agents pathogènes yang qui attaquent le haut du corps et provoquent les céphalées.

Le vent humidité : combinaison du vent et de l'humidité est une autre cause de céphalées par invasion externe. Quand le vent humidité envahit le corps, il bloque la circulation du sang et du *Qi* et provoque la céphalée.

Les facteurs pathogènes internes sont :

La stagnation de *Qi* du Foie : Le Foie régularise la circulation du *Qi* et emmagasine le *Sang*. Un excès de stress, de rancœur ou de frustration peut entraîner un ralentissement de la circulation du *Qi* du Foie et par là une stagnation. Celle-ci peut influencer sur la circulation céphalique et entraîner une céphalée.

L'exacerbation du feu du Foie : Toute stagnation prolongée du *Qi* du Foie va favoriser la formation d'un feu du Foie. Le feu du Foie ayant pour caractéristiques de monter va monter à la tête où il va perturber la circulation du *Qi* et du Sang et provoquer une céphalée.

L'hyperactivité du yang du Foie : Lorsque l'embrasement du feu du Foie persiste il peut entraîner l'hyperactivité du *yang* du Foie susceptible de provoquer des céphalées.

La montée du feu de l'Estomac : Le méridien *yang ming* se termine à la tête. L'abus d'aliments épicés, doux ou gras, de produits laitiers ou d'alcool entraîne l'accumulation de chaleur dans les méridiens *fu* et les méridiens du *yang ming*, chaleur qui va perturber la circulation du *Qi* et du *sang* et provoquer des céphalées.

L'accumulation de glaires humidité : Une alimentation déséquilibrée (excès d'aliments doux, gras, épicés) ou une consommation excessive d'alcool lèse les fonctions physiologiques de la Rate et de l'Estomac. Cela entraîne la fonction de glaires-humidité. Quand les glaires - humidité bloquent la tête, alors la circulation du *Qi* et du *sang* stagne et entraîne des céphalées.

Le vide de Qi et du sang : La Rate est la source de production du *Qi* et du *sang*. Une alimentation déséquilibrée peut léser les fonctions de transport et de transformation de la Rate et entraîner un vide *Qi* et du *sang* et par suite une dénutrition génératrice de céphalées.

La stagnation du Sang : Tout trouble de longue durée peut entraîner la stagnation du *Sang*. Ceci peut provoquer une céphalée.

Vide du Jing des Reins : Le Rein produit l'essence et gouverne la moelle. Le cerveau est la mère de la moelle. Si l'essence du Rein est vide, la moelle le sera aussi. Le cerveau n'étant pas nourri convenablement, la tête est affectée et la céphalée apparaît.

Clinique :

1/ Céphalée par vent froid : Céphalée avec sensation de contraction aggravée par le vent et le froid. Signes associés : frilosité, fièvre élevée, rhinorrhée, raideur de nuque. Enduit lingual blanc et mince. Pouls superficiel.

Traitement acupunctural :

VB 20 *fengshi* (étang du vent) : chasse le vent

V 10 *tianzhu* (pilier céleste) point local : ouvre les orifices du sens et libère le cerveau.

P7 *lieque* (dieu de la foudre, rupture d'alignement) chasse le vent

Gi 4 *hegu* (vallée de l'union, torrent harmonisateur) régule la face et la tête, ouvre les orifices.

TR 5 *waiguan* (barrière externe) : point *luo* du TR, soulage la céphalée.

IG 3 *houxi* (ruisseau postérieur) chasse le vent externe.

2/ Céphalée par vent chaleur : Le vent froid peut évoluer en vent chaleur. Céphalée avec sensation de distension et de chaleur. Visage rouge, soif et fièvre, mal de gorge. Rhinorrhée jaune foncée. Enduit lingual jaune, pointe de la langue rouge. Pouls superficiel et rapide.

Traitement acupunctural :

E8 : *touwei* (liaison de la tête) : améliore la circulation du *Qi*, élimine le vent de la tête et des yeux, soulage la douleur.

taiyang (grand yang) : point hors méridien, soulage la douleur, dégage le vent de la tête, évacue la chaleur.

DM 23 *shangxing* (étoile la plus haute) : régularise la circulation du *Qi*, point efficace pour clarifier la chaleur.

GI4 *hegu* (vallée de l'union, torrent harmonisateur) : clarifie la chaleur, soulage la céphalée.

GI 11 *quchi* (étang de la courbe) : élimine la chaleur du méridien.

3/ Céphalée par vent humidité : Céphalée avec lourdeur de la tête, fatigue, diminution de l'appétit, sensation de plénitude gastrique. Grosse langue humide, enduit blanc et gras. Pouls glissant.

Traitement acupunctural :

P7 *lieque* (dieu de la foudre, rupture d'alignement) : point *luo* du méridien du poumon, améliore la circulation du *Qi*.

TR 4 *yangchi* (étang du yang) : chasse le vent humidité

En association avec TR 6 *zhigou* (fossé ramifié) : chasse le vent

GI 4 *hegu* (vallée de l'union, torrent harmonisateur) : régularise le *Qi*, chasse le vent humidité.

VB 20 *fengche* (étang du vent) : chasse le vent externe.

Rte 6 *sanyinjiao* (croisement des trois yin) : élimine l'humidité.

4/ Céphalée par stagnation du Qi du Foie : Céphalée de tension s'aggravant en situation de stress ou de perturbation émotionnelle (dépression), vertiges, troubles des règles. Enduit de la langue est mince et blanc. Le pouls est tendu.

Traitement acupunctural :

DM 20 *bahui* (points des cent réunions) : favorise la circulation du *Qi* du Foie.

HM *sishencong* : calme l'esprit, soulage la céphalée.

MC 6 *neiguan* (barrière de l'interne) : calme le *Shen*, fait circuler le *Qi* du Foie.

GI 4 *hegu* (vallée de l'union, torrent harmonisateur) régularise la circulation du *Qi*, soulage la céphalée

Rte 6 *sanyinjiao* (croisement des trois yin) : régularise la circulation du *Qi* du Foie.

5/ Céphalée par feu toxique :

Céphalée aigue pouvant être associée à une convulsion, coma, délire, fièvre élevée, c'est une urgence. La langue est rouge foncée. Le pouls est rapide.

Traitement acupunctural :

DM 20 *bahui* (points des cent réunions) : favorise la circulation du *Qi* du Foie.

F 2 *xingjian* (intervalle de passage) : point de dispersion du méridien.

GI4 *hegu* (vallée de l'union, torrent harmonisateur) régularise la circulation du *Qi*, soulage la céphalée

GI 11 *quchi* (étang de la courbe) : élimine la chaleur du méridien.

TR 6 *zhigou* (fossé ramifié) : disperse la chaleur de la tête.

6/ Céphalée par exacerbation du feu du Foie : (7)

Céphalée aigue, yeux rouges, agitation, irritabilité, insomnie. Langue rouge. Pouls rapide tendu.

Traitement acupunctural :

F2 *xingjian* (intervalle de passage) draine le feu du Foie

4 GI *hegu* (vallée de l'union, torrent harmonisateur) régularise la circulation du *Qi*, soulage la céphalée

7 C *shenmen* (porte du *Shen*) ouvre les orifices du cœur, calme le *Shen*.

7/ Céphalée par hyperactivité du yang du Foie : Tremblement de la tête et des mains, crise de nerf. Langue rouge enduit jaune. Pouls en corde fin

Traitement acupunctural :

20 VB : *fengche* (étang du vent) : soumet le *yang* du Foie.

8 F *ququan* (source de la courbe) : clarifie la chaleur du Foie et soumet le *yang* du Foie.

8/ Céphalée par montée du feu de l'Estomac : (7) Céphalée frontale avec transpiration, gencives douloureuses.

E 44 *neiting* (cours intérieure) : clarifie la chaleur de l'Estomac.

4 Rte *gongsun* (nom de Huang di, empereur jaune) : rafraîchit l'Estomac

12 VC : rafraîchit l'Estomac

25 E : *tianshu* (pivot céleste) régule l'Estomac.

9/ Céphalée par accumulation de glaires-humidité : Céphalée avec sensation de lourdeur, distension, plénitude dans la poitrine.

VB 20 *fengche* (étang du vent) : soulage la céphalée

E 40 *fenglong* (dieu du tonnerre) : élimine les glaires

Rte 9 *yinglingyuan* (source de la colline yin) ouvre la voie des eaux

10/ Céphalée par vide de *Qi* : Céphalée avec sensation de légèreté, aggravée par l'effort physique, pâleur, souffle court, voie basse. Langue pâle, enduit mince et blanc. Pouls lent et profond

Traitement acupunctural :

V 20 *pishu* (point *shu* du dos de la Rate) : nourrit le Sang

V 21 *weishu* (point *shu* du dos de l'estomac) : tonifie l'Estomac.

11/ Céphalée par vide de *Sang* : Céphalée avec sensation de vide, aggravée par l'effort et améliorée par le repos, perte de cheveux. Langue pâle enduit mince et blanc. Pouls fin et faible.

Traitement acupunctural :

C 5 : *tongli* (libre circulation du *Li*) régularise la circulation du Sang.

MC 6 *neiguan* (barrière de l'interne) : fait circuler le *Qi* et le Sang.

E 36 *zunsanli* (trois *li* du pied) : nourrit le Sang

VB 39 *xuanzhong* (cloche suspendue) : point *hui* des moelles.

12/ Céphalée par stagnation du Sang : Céphalée tenace fixe, aggravée la nuit et pendant les règles.

Traitement acupunctural :

VB 20 *fengchi* (étang du vent) : favorise la circulation céphalique du *Qi* et du *sang* et soulage la céphalée.

GI 4 *hegu* (vallée de l'union ; torrent harmonisateur) : régule la face et la tête, ouvre les orifices.

V 17 *geshu* (point *shu* du diaphragme) : rafraîchit le Sang

MC 6 *neiguan* (barrière de l'interne) : redonne de la vigueur au Sang.

Rte 6 : *sanyinyiao* (croisement des trois *yin*) : régularise le Sang.

F3 *taichong* (grand carrefour) : redonne de la vigueur au Sang.

F5 *ligou* (sillon de la louche en calabasse ; sillon du mollet) : point *luo* harmonise les branches collatérales et soulage la céphalée.

13/ Céphalée par vide de *Jing* du Rein : Céphalée avec sensation de tête vide, vertige, acouphène, lombalgie, genoux faibles.

Traitement acupunctural :

R 3 *taixi* (torrent suprême) grand point de tonification du Rein *yin* et *yang*.

R7 *fuliu* (rétablir le cours normal de l'eau) : point de tonification du méridien du Rein.

V11 *dazhu* (grande navette) point de réunion des os, fortifie les os.

CLASSIFICATION SELON LES MERIDIENS : (5)

La tête est le lieu de rencontre de l'ensemble des méridiens *yang* de la tête et du pied. La région de la tête est parcourue par un grand nombre de méridiens en fonction de leur localisation. Cf Schémas numéros

Occiput :

Le méridien *luo* de communication du vaisseau gouverneur se déploie sur l'occiput.

Le méridien musculaire de la Vessie se fixe sur l'occiput.

Le méridien musculaire du Rein se fixe sur l'os occipital.

Le méridien principal de la Vésicule Biliaire.

Vertex :

Le méridien divergent du Triple Réchauffeur.

Le méridien musculaire de la Vésicule Biliaire.

Le méridien principal de Vessie.

Le méridien principal du fFoie.

Le Vaisseau Gouverneur.

Front :

Le méridien musculaire de l'Intestin Grêle

Le méridien musculaire du Gros Intestin traverse la tempe et va jusqu'à l'angle du front

Le méridien musculaire du Triple Réchauffeur se fixe à l'angle du front

Le méridien principal de la Vésicule Biliaire monte jusqu'à l'angle du front

Le méridien principal de Vessie monte le long du front

Le méridien principal du Foie monte et traverse le front jusqu'au vertex

Une branche du Vaisseau Gouverneur suit le méridien de la Vessie de chaque côté du front

Tempe :

Le méridien musculaire de la Vésicule Biliaire descend à partir de la tempe

Le méridien musculaire du Gros Intestin traverse la tempe en direction de l'angle du front

Le méridien musculaire du Triple Réchauffeur

Le méridien principal de l'Estomac monte à l'intérieur de la ligne des cheveux de la région temporale jusqu'au point E8.

Le méridien principal de Vessie descend aux tempes croisant le méridien de la Vésicule Biliaire allant de VB7 à VB5.

Le méridien principal du Triple Réchauffeur va aux tempes croisant le méridien de la Vésicule Biliaire aux points VB5 et VB4.

Au total on distinguera quatre sièges :

- Postérieur *taiyang*
- Vertex *juejin*
- Frontal *yangming*
- Temporal *shaoyang*

Le diagnostic est fonction de la localisation exacte de la douleur et du trajet du méridien. (6) S'il s'agit d'une atteinte du méridien tendino-musculaire, la douleur est vive aigue superficielle et on ne retrouve pas d'atteinte des *zang fu* associée. S'il s'agit d'une atteinte du méridien principal, les douleurs sont alors plus profondes, sourdes, chroniques avec atteinte possible des *zang fu* associés.

Selon le siège de la douleur on proposera le traitement acupunctural suivant :

1/ Céphalée frontale :

Axe *yangming* : Gros Intestin - Estomac

Points locaux : les plus fréquents

E8 *touwei* (liaison de la tête), point hors méridien HN3 *yintang*

VG 23 *shangxing* (étoile la plus haute) , **VG 24** *shenting* (cour de l'esprit).

VB 13 *benshen* (Racines du *Shen*), VB 14 *yangbai* (Blanc du *Yang*)

VB 15 *toulingqi* (Point de la tête qui traite les larmes)

Bien sûr on pourra choisir d'autres points locaux sur le trajet du méridien atteint s'ils sont sensibles à la pression.

Points distaux :

GI4 *hegu* (vallée de l'union, torrent harmonisateur)

E 40 *henglong* (Dieu du tonnerre)

E 41 *jiexie* (torrent qui sépare)

2/ Céphalée Latérale

Axe *shaoyang* : Triple Réchauffeur - Vésicule Biliaire .

Points locaux :

Points locaux sensibles sur le trajet du méridien de VB allant de VB 1 à VB 20 .

Les points principaux étant :

VB 8 *shuaigu* (conduit à la vallée)

Tai yang (Grand *yang*) point hors méridien HN5

Points distaux :

TR 3 *zhongzhu* (ilôt central)

TR 5 *waiguan* (barrière externe)

VB 38 *yangfu* (côté *yang* du péroné)

VB 39 *xuanzhong* (cloche suspendue)

VB 40 *qiuxu* (entre le grand tertre et la colline)

VB 41 *zulinqi* (Point du pied qui traite les larmes)

VB 42 *diwuhui* (les cinq réunions de la terre)

VB 43 *xiaxi* (ruisseau encaissé)

VB 44 *zuqiaoyin* (orifice *yin* du pied)

3/ Céphalée occipitale

Axe *taiyang* : Vessie – Intestin Grêle

Points locaux :

V 9 *yuzhen* (occiput) , **V 10** *tianzhu* (pilier celeste)

VB 20 *fengchi* (étang du vent) , **VG 19** *houding* (derrière la couronne) .

VG 20 *bahui* (point des cent réunions)

Points distaux :

IG 3 *houxi* (ruisseau postérieur)

IG 4 *wanggu* (os du poignet)

IG 7 *zhizheng* (embranchement du méridien)

V 58 *feiyang* (favorise la montée)

V60 *kunlun* (Mont Kunlun) .

V 62 *shenmai* (méridien du *shen*)

V 64 *yinggu* (os capital)

V 65 *shugu* (os liés en botte)

V 66 *zugonggu* (vallée communicante du pied)

V 67 *zhiyin* (arrive au *yin*)

4/ Céphalée du Vertex :

Axe *jueyin* : Maître du Cœur – Foie

Points locaux :

DM 20 : *bahui* (point des cent réunions)

Sishencong (les quatre points de l'esprit vigilant)

V 4 *qucha* (courbe tordue)

V 5 *wuchu* (cinquième place)

V 6 *chengguan* (reçoit la lumière)

V 7 *tongtian* (communication céleste)

Points distaux :

F2 *xingjian* (intermédiaire temporaire)

F3 *taichong* (grande précipitation)

PARTIE III - ETUDES SCIENTIFIQUES RÉALISÉES SUR L'EFFICACITÉ DE L'ACUPUNCTURE

Sélection des études et méta-analyses :

J'ai fait des recherches sur le site acudoc2 et sur le site wiki-mtc. Le site Acudoc2 retrouvait 271 articles sur le thème de céphalée datant de 1972 à 2017. Le site wiki-mtc retrouvait 30 évaluations des études des revues systématiques avec métaanalyses concernant les céphalées de tension, les céphalées et la migraine. Seules les études à haut niveau de preuve ou à niveau de preuve modérée ont été retenues. J'ai par ailleurs consulté le rapport de l'Inserm 2014 (8) quant à l'évaluation de l'efficacité de l'acupuncture. Celui-ci se basait sur des études plus anciennes. Pour la prophylaxie des céphalées de tension, les données étaient issues d'essais allemands datant de 2005 et 2008.

Analyse des études et méta analyses :

Céphalées de tension :

La première étude est une méta analyse pour déterminer l'efficacité de l'acupuncture dans 4 pathologies chroniques dont les céphalées chroniques. (9) Les auteurs ont cherché dans Medline et le registre Cochrane des essais cliniques randomisés publiés jusqu'en octobre 2015. Les essais cliniques randomisés ont comparé l'acupuncture versus l'acupuncture factice et l'absence d'acupuncture. Les mesures ont concerné la douleur et la fonction. 20 827 patients ont été inclus provenant de 39 essais cliniques. Les résultats des études montrent que l'acupuncture était significativement supérieure ($p < 0.01$) à l'acupuncture factice avec une différence entre les deux groupes proches de 5 déviations standard. L'acupuncture était également significativement supérieure ($p < 0.01$) versus le groupe contrôle où il n'y avait pas de traitement par acupuncture. L'effet de l'acupuncture persistait dans le temps avec une décroissance de 15 % à 1 an. Les auteurs concluaient à une efficacité de l'acupuncture dans le traitement des céphalées de tension. La persistance de l'efficacité de l'acupuncture dans le temps ne pouvant pas seulement être expliquée par l'effet placebo.

La 2^{ème} méta-analyse concernant les céphalées de tension a été publiée dans le journal of clinical acupuncture and moxibustion en 2008. (10) 10 études ont été incluses. 2 étaient des recherches de grade A, les autres étaient de grade B. Le résultat de la méta-analyse était que l'efficacité de l'acupuncture était 95 % plus efficace que l'acupuncture factice avec une différence statistiquement significative ($p = 0.003 < 0.05$.) L'acupuncture était également plus efficace que les anti-inflammatoires non stéroïdiens dans les céphalées de tension avec une différence statistiquement significative ($p = 0.04 < 0.05$).

La 3^{ème} méta-analyse est issue de la base de données Cochrane et a été publiée en 2016 par Linde et ses collaborateurs (11). 12 études avec 2349 participants ont été retenues. L'acupuncture a été comparée avec les soins de routine dans seulement 2 études comprenant 1265 et 207 participants. La proportion de patients qui avait une réduction d'au moins 50 % de céphalées était plus élevée dans le groupe recevant l'acupuncture que dans le groupe contrôle. Les effets à long terme de l'acupuncture n'étaient pas étudiés. L'acupuncture a été comparée également à l'acupuncture factice dans 7 essais de qualité modérée à élevée. Parmi les participants recevant l'acupuncture 51 % avaient une réduction d'au moins 50 % des céphalées. Les résultats

étaient similaires après 6 mois. Enfin l'acupuncture a été comparée dans 4 études à d'autres prises en charge en soins comme la physiothérapie, le massage ou l'exercice physique. Aucune de ces études n'a montré une efficacité supérieure de l'acupuncture. Les auteurs de cette méta-analyse concluaient que l'acupuncture était efficace dans le traitement des épisodes de céphalées ou les céphalées de tension chronique mais que d'autres essais comparant l'acupuncture à d'autres options de traitement étaient nécessaires.

Dans le rapport de l'Inserm 2014 sur l'efficacité de l'acupuncture, en prophylaxie des céphalées de tension les données issues des essais allemands (Melchart, Strengel al 2005, Jena, Witt et al 2008) étudiant l'intégration de l'acupuncture aux soins de bases ont montré que les patients traités par acupuncture avaient moins de céphalées à moyen terme.

La revue Cochrane (Linde, Allais et al 2009) concluait que l'acupuncture pourrait être un outil non pharmacologique utile pour les céphalées de tension épisodiques ou chroniques.

Migraines :

J'ai recherché des études concernant la prévention des crises de migraines par acupuncture. En effet en cas de crise aiguë les patients se traitent médicalement avant d'avoir accès à l'acupuncture s'ils en ont connaissance. L'étude de Linde 2016 (12) est une méta analyse. 22 essais incluant 4985 participants ont été inclus. L'acupuncture était associée à une réduction modérée de la fréquence des migraines par rapport à ceux qui n'en bénéficient pas à visée préventive. Après traitement acupunctural, la fréquence des migraines diminuait de 41 % chez les patients en bénéficiant. Les auteurs concluaient qu'associer l'acupuncture au traitement médical de la crise de migraine réduisait la fréquence de celles-ci. Les auteurs concluaient également que l'acupuncture était au moins aussi efficace que les traitements prophylactiques médicamenteux en prévention des crises de migraine. L'acupuncture est considérée comme une option de traitement pour les patients qui veulent la suivre.

PARTIE IV EXPÉRIENCE TAIWANAISE FÉVRIER 2020.

J'ai entrepris un voyage d'étude à Taiwan à la China Médical University à Taichung en février 2021. Cours le matin et clinique auprès des patients l'après-midi. La première chose qui m'a frappé a été de voir les médecins taiwanais manipuler leurs patients avant de les poncturer après un interrogatoire précis. Souvent les médecins acupuncteurs sont aussi ostéopathes car il faut s'assurer de l'absence de déséquilibre de l'axe cervico dorso lombaire. Toute anomalie vertébrale peut être responsable de céphalées. Le Dr lee chen nous a fait un cours théorique sur sa prise en charge des céphalées et migraines . Elle travaille plutôt sur le système des méridiens touchés. En fonction du méridien atteint , Elle combine les points locaux et les points distaux.

Les points distaux utilisés en fonction du méridien sont :

GI : GI 4

TR : TR 3

IG : IG 3

VB : VB 41 et VB 34.

V : V 40 et V 57

En cas de douleur chronique , à la première consultation on utilise préférentiellement les points distaux sur les méridiens touchés car le cuir chevelu peut être très sensible et douloureux . On utilisera ensuite des points locaux et des points ashi sur le ou les trajets du ou des méridiens touchés.

En cas de douleur aigue, la combinaison de points associe points locaux , ashi et distaux .

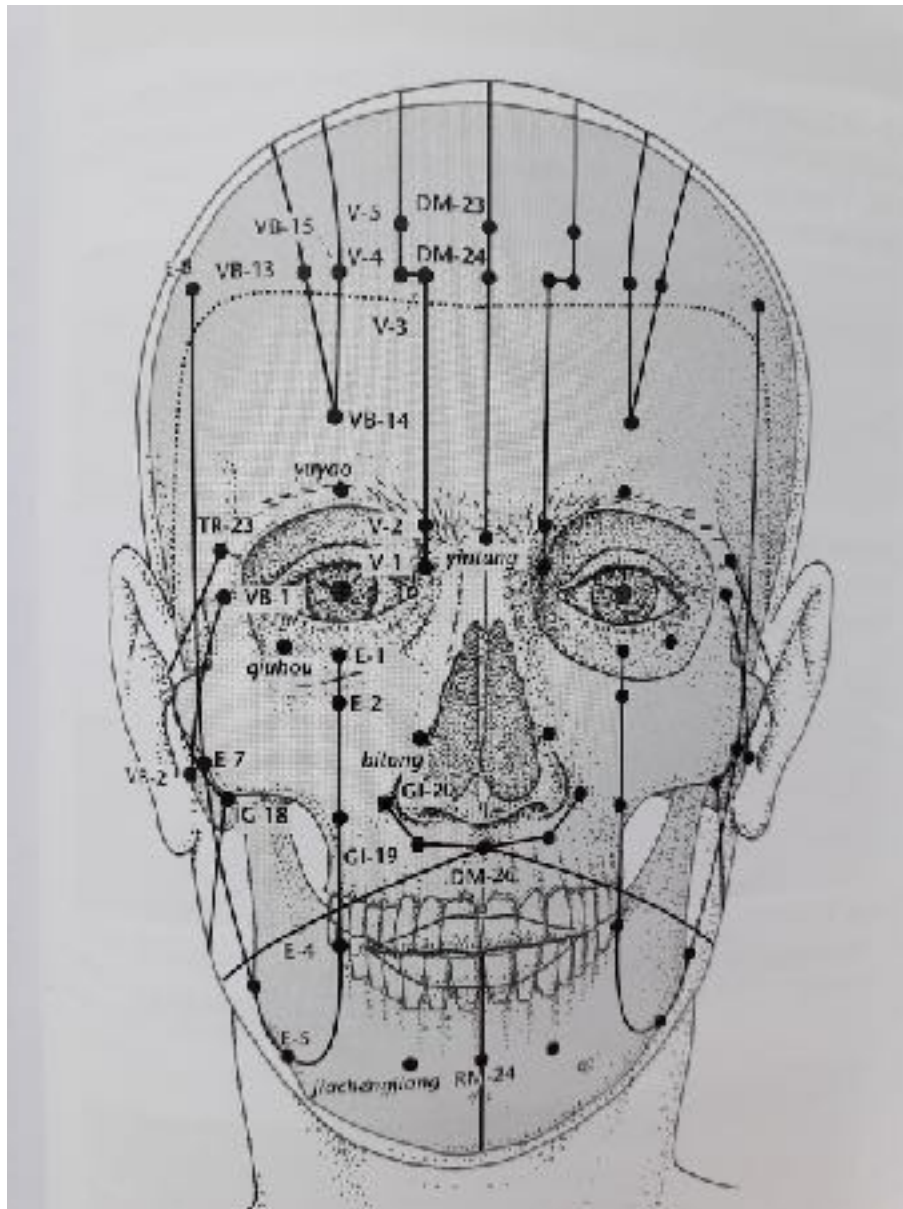
CONCLUSION

Avant d'entreprendre un traitement acupunctural dans le traitement d'une céphalée, il est nécessaire de faire une recherche étiologique et d'éliminer toute céphalée secondaire. Tous les facteurs déclenchants ou aggravants doivent être systématiquement recherchés. Parmi les céphalées primaires comprenant les céphalées de tension et les migraines, l'acupuncture est recommandée et efficace pour le traitement des céphalées de tension et la prévention des crises de migraines.

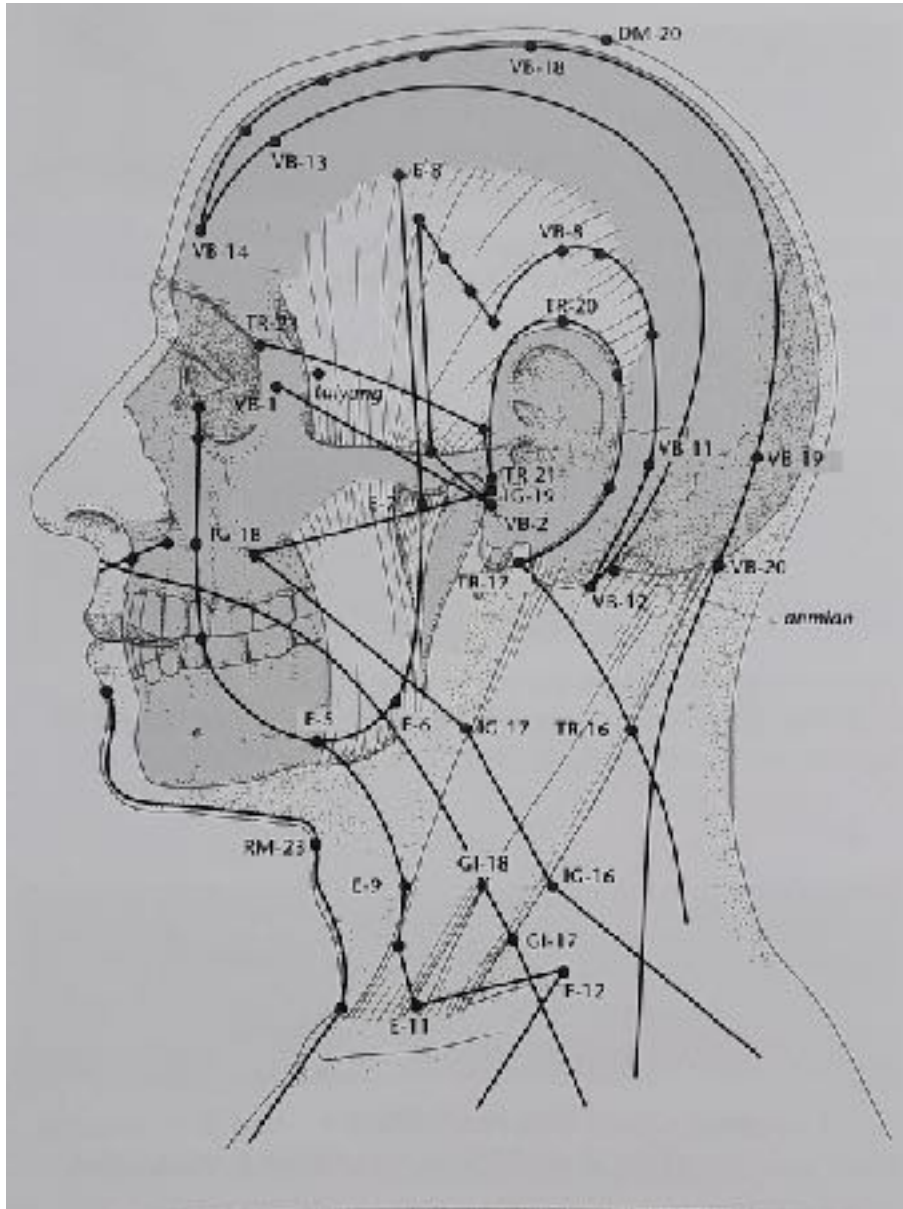
BIBLIOGRAPHIE

1. Créange, Zuber, Defebvre : Neurologie, réussir les épreuves nationales classantes Elsevier Masson 2018.
 2. Perruchaud, Albrecht, Moret Manuel pratique d'algologie, prise en charge de la douleur chronique Elsevier Masson 2017.
 3. Sun Peilin La douleur en médecine chinoise, diagnostic et traitement. éditions sats 2016.
 4. Focks Claudia atlas d'acupuncture elsevier masson 2013.
 5. Deadman Peter Manuel d'acupuncture Edition sats.
 6. Brissot Régine nosologie neurologie capacité d'acupuncture Nantes 2017-2018
 7. Aumon Patricia Zheng fu capacité d'acupuncture Nantes 2016-2017.
 8. Fallissard, Barry évaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture
Rapport Inserm 2014.
 9. Vickers Acupuncture for chronic pain, update of an individual patient data meta analysis ,journal of pain 2018 (455-474)
 10. Zhang méta analysis of acupuncture, therapy in the tension of tension type headache, journal of clinical acupuncture and moxibustion 2018.
 11. Linde acupuncture for prevention of tension type headache Cochrane database syst rev 2016.
 12. Linde acupuncture for prevention of episodic migraine Cochrane database syst rev 2016.
 13. Massiou La Migraine John Libbey texte p 42 1999.
- Schémas (Atlas d'acupuncture , Claudia Focks p 622, 627 éditions Masson , Memento de poche d'acupuncture à l'usage de la sage femme Noémie Lozac'h , Christine Monget p 164 éditions Sats .)

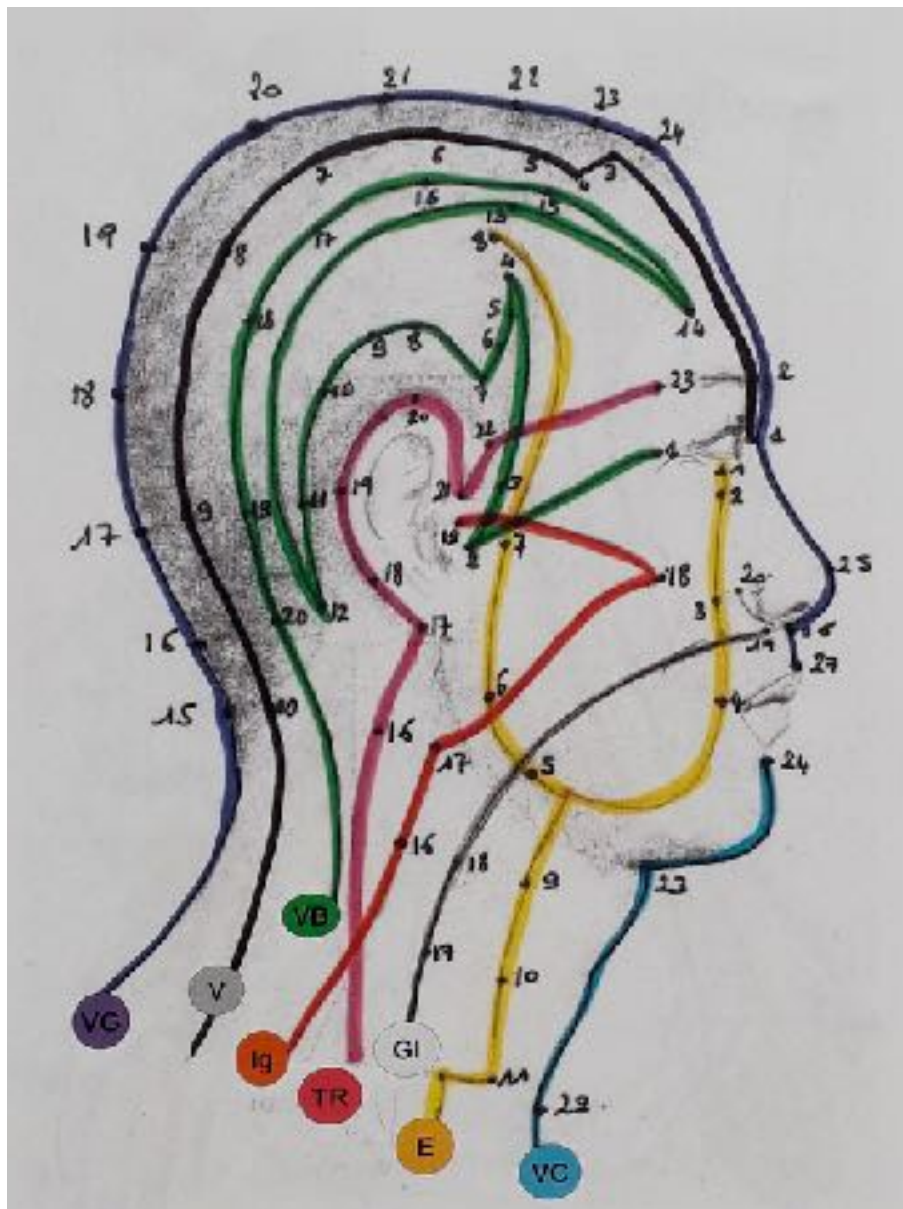
Méridiens de la face antérieure de tête :



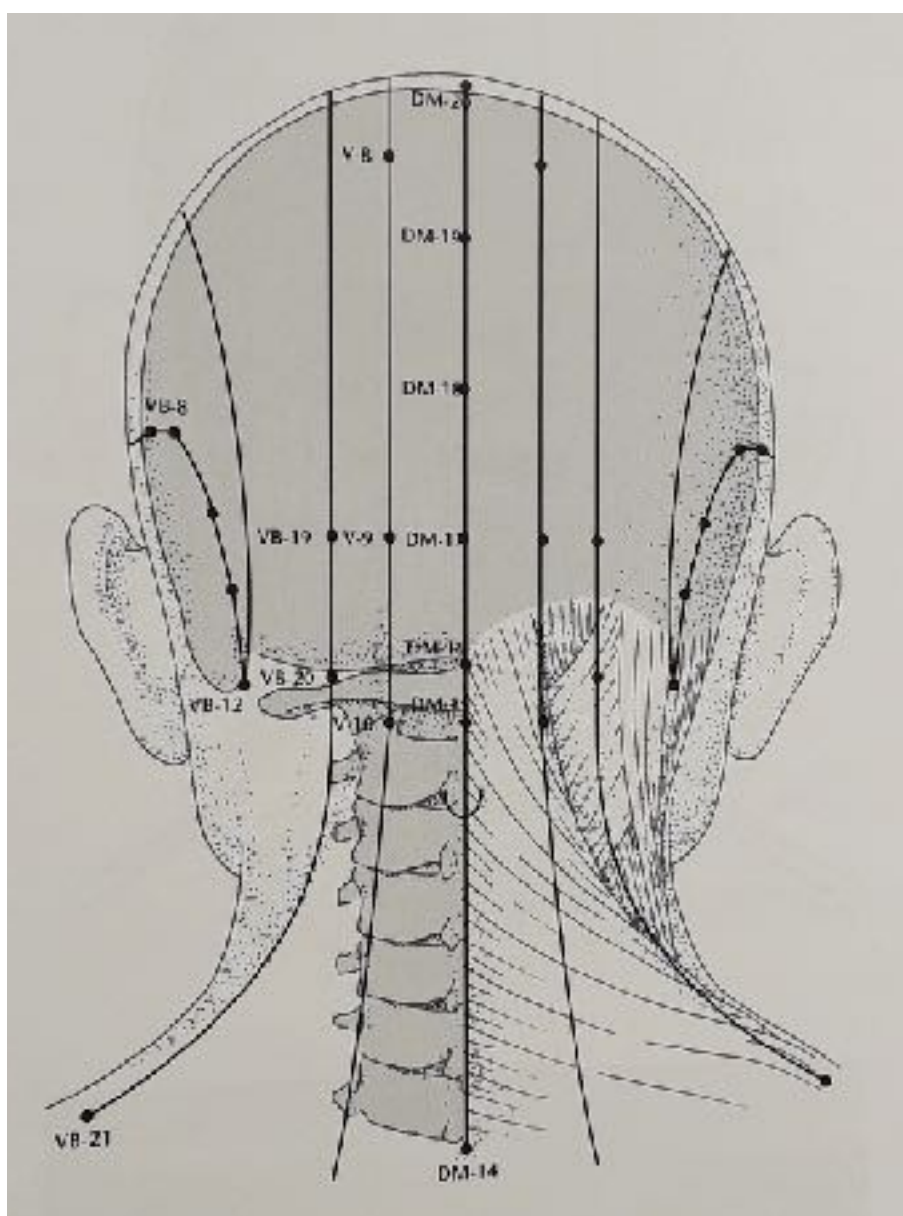
Méridiens de la face latérale de la tête :



Méridiens de la face latérale de la tête :



Méridiens de la région occipitale :





Dr Christophe DESFOSSES

Médecin acupuncteur au CETD de l'hôpital Mignot à Versailles et au Centre hospitalier inter universitaire de Poissy.

Membre de La FAFORMEC

Membre de la SAHN

Intérêt de l'acupuncture dans la prise en charge des Céphalées et Migraines.

christophe.desfosses@ght-yvelinesnord.fr

RESUME : Les céphalées sont un motif fréquent de consultation.

Avant d'envisager un traitement acupunctural, il est impératif d'éliminer une céphalée secondaire. Des essais cliniques de bonne qualité démontrent l'efficacité de l'acupuncture dans la prise en charge des céphalées.

Mots clés : acupuncture, céphalées, migraines.

PLAN

1- INTRODUCTION

- A Principes et but de l'étude
- B Définition des migraines - en MTC
 - en Médecine classique

2- NOTRE ÉTUDE

- A Inclusion des patients
- B Conception de la grille d'évaluation
- C Analyse des différents items

a) Items généraux:le patient et sa douleur

- +sexe, âge
- +typologie
- +analyse de la douleur :
 - latéralité de la migraine
 - caractéristique de la douleur
 - localisation , territoire , méridiens
- +facteurs permettant de juger de l'efficacité du TTT
 - signes d'accompagnement
 - facteurs déclenchants
 - date de début et aggravation récente

b) Diagnostic énergétique

- +en MTC
 - Les 8 règles
 - Perturbation des viscères
 - Atteinte des Méridiens Curieux

- +Notre étude
- +Notre expérience

c) Traitements

d) Nos Résultats

e) Notre expérience

-3-CONCLUSION

ETUDE CLINIQUE SUR LES MIGRAINES .

Docteur Baudin Patrick

Docteur Berthet Evelyne

Dr Rammeloo Bénédicte

Résumé : nous avons étudié sur 42 dossiers de patients, les migraines en MTC prises en charge dans nos cabinets de ville, afin d'en évaluer les résultats ; ceux-ci sont encourageants pour la poursuite de l'acupuncture dans cette pathologie invalidante, en traitement de fond, comparée aux traitements médicamenteux classiques.

Mots-clefs : migraines- acupuncture-triptans-étude clinique observationnelle

1-INTRODUCTION

A-PRINCIPES ET BUT DE L'ÉTUDE

Cette étude est avant tout un retour d'expérience sur le traitement de fond des migraines au sein de nos cabinets

Nous avons pour cela élaboré un questionnaire afin de pouvoir mettre en parallèle les données de la MTC et notre expérience clinique personnelle

B- DÉFINITION DES MIGRAINES

>En MTC la notion de migraine n'apparaît pas. Il est question de céphalées qui se distinguent selon leur origine externe ou interne et selon leur mécanisme physiopathologique. Le profil évolutif de la douleur est le caractère fondamental qui permet de faire la différence entre :

- les céphalées récentes qu'elles soient d'installation brusque ou progressives
- les céphalées chroniques continues correspondant à des céphalées de tension ou des céphalées post traumatiques.
- des céphalées chroniques paroxystiques qui évoluent sous forme de crises : la migraine en est la principale cause mais on retrouve également les algies vasculaires de la face, les névralgies d'Arnold, les névralgies faciales, les sinusites les poussées de glaucome

> En médecine classique occidentale

Les migraines sont définies par les **critères de** "l'international headache society " (IHS)

Au moins 5 crises répondant aux critères suivants

- Céphalée durant entre 4 et 72 h en l'absence de traitement

- Céphalée ayant au moins 2 des caractéristiques suivantes :
 - unilatérale
 - pulsatile
 - aggravée par l'activité physique de routine
 - améliorée par le fait d'être couché dans le noir
 - au moins un signe d'accompagnement : nausée / vomissement ou photophobie/phonophobie, ou autre : acouphènes, aura visuelle, hémiparésie....

L'origine symptomatique des céphalées doit bien sûr être écartée par l'examen clinique et des examens complémentaires dans le doute d'un processus tumoral ou vasculaire en particulier.

2-NOTRE ÉTUDE

A/ INCLUSION DES PATIENTS ET MODALITES DE RECRUTEMENT

Nos patients sélectionnés présentent des céphalées chroniques paroxystiques répondant aux critères IHS de la migraine. Ceci exclut les céphalées aiguës dont l'origine est quasi exclusivement un *Xie* pervers d'origine externe.

Nous avons choisi d'intégrer les derniers dossiers de patients porteurs de migraine vus au cabinet, ce qui nous fait un total de 42 patients

Le diagnostic de migraine étant établi selon les critères de l'IHS (international headache society) (cf. doc n-)

Ce sont souvent des migraineux de longue date qui arrivent chez nous lorsqu'il y a aggravation des migraines, portant le plus souvent sur la fréquence, mais également sur la durée et l'intensité. Mais il peut s'agir de patients qui viennent pour une autre pathologie, la migraine est alors mise à jour au cours de l'interrogatoire

B/ CONCEPTION DE LA GRILLE D'ÉVALUATION

≥Méthode :

Nous avons élaboré un tableau avec différents items, que nous avons rempli dans un premier temps chacun avec nos patients, puis nous avons mis en commun nos données. Ensuite nous avons mis en parallèle ces données et celle de la mtc.

LES MIGRAINES			
SEXE	masculin féminin		
AGE			
TYPOLOGIE			
TYPE DE DL	unilatérale D unilatérale G bilatérale alternante fixe pulsatile		
ZONE CONCERNEE MERIDIENS CONCERNES			
S D'ACCOMPAGNEMENT n+A18:E85on		NON	
		OUI	Nausées vomissement troubles oculaires nez bouché autres
FCT DECLENCHANTS		NON OUI	chaud froid alcool aliment odeur émotions régles pilule fatigue week-end autres catamenial
DATE DE DEBUT		enfance Puberté Grossesse autre	
AGGRAVATION RECENTE		NON	
		OUI	
RYTHME	Fréquence Durée en jours		
TRAITEMENTS	TRIPTANS AINS AUTRE	Nbre par mois	
REPOND AUX 8 REGLES		NE SAIT PAS	
		→	

REOND AUX 8 REGLES		NON OUI	- vide de yin - vide de yang - plénitude de yin - plénitude de yang - stagnation de yin - stagnation de yang		
DIAGNOSTIC ENERGETIQUE					
POULS					
LANGUE					
POINTS PRINCIPAUX		Locaux Généraux			
PRINCIPES DE TTT		MD,MC,ORGANES ETC.....			
RESULTATS A 3 mois	AMELIORATION		NON OUI		
		FREQUENCE DES CRISES		Nbre de triptans ains autres	
		INTENSITE DES CRISES		NON OUI	
		DUREE DES CRISES		NON OUI	
		S. D'ACCOMPAGNEMENT NON		NON OUI	
A 6 mois	AMELIORATION		NON OUI		
		FREQUENCE DES CRISES		Nbre de triptans ains autres	
		INTENSITE DES CRISES		NON OUI	
		DUREE DES CRISES		NON OUI	
		S. D'ACCOMPAGNEMENT NON		NON OUI	

>Difficultés rencontrées

Ceci n'a pas été toujours simple, car nous sommes issus d'écoles différentes et l'appréciation des données peut diverger notamment en ce qui concerne les typologies, nous y reviendrons. L'exploitation des données était compliquée car les réponses aux items étaient souvent incomplètes dans nos dossiers nécessitant de questionner nos patients à nouveau en particulier pour les 8 règles. Certains patients n'ont pas pu être contactés. Pour le traitement l'approche est parfois différente mais la finalité est souvent la même. Très enrichissant. Les points peuvent varier d'une séance à l'autre car la migraine est une pathologie fluctuante donc parfois difficile de faire une synthèse.

C/ ANALYSE DES DIFFÉRENTS ITEMS

a) Critères inhérents au patient et à sa migraine

+ sexe-âge

La majorité de nos migraineux sont des femmes (8 % d'hommes seulement dans notre recrutement). Sachant que nous avons 2/3 de femmes dans notre patientèle d'une part mais aussi que les migraines sont très liées au cycle menstruel.

On constate que la moyenne d'âge générale de nos patients est de 48 ans, ce qui veut dire que les migraineux viennent à l'acupuncture très tardivement alors que leurs migraines ont commencé la plupart du temps à la puberté ou à l'adolescence. L'acupuncture est souvent une thérapie de dernier recours :

Evelyne : 1 homme et 14 femmes. Âge moyen : 46,9 ans (mini 20 ans, Max 57)

Bénédicte : 1 H et 12 F âge moyen 47 ans (23 à 73 ans)

Patrick : 1 H et 13 F Âge moyen 53 ans (25 à 82 ans)

+typologies

Evelyne : 4 Jue yin
2 Jue Yin shaoyang,
1 shaoyang
2 tai yin terre, Tai yin métal
2 yang ming métal
1 yang ming terre
1 yang ming /shao yang

Patrick : 7 *Yg Ming*:(3 équilibrés.2 *Yg Ming métal*,2 *Yang Ming Terre*).
1 *Yg Ming Métal* / *Tai Yg* (juge d'instruction)
2 *Tai Yin* :(1*métal (Jue yin secondaire)*, 1 équilibré)
1 *Shao Yang (dai mai)*
2 *Jue Yin*
1 *Jue Yin /Shao Yang* selon les périodes

Bénédicte: 4 *Jue Yin / Tai Yin* terre
2 *Jue Yin / Tai Yin* métal
2 *Jue Yin/Yang Ming* Métal
1 *Jue Yin / Shao Yin*
2 *Yang Ming* Métal
1 *Yang Ming* Terre
1 *Shao Yang*

Problèmes posés par l'évaluation des tempéraments :

-Ceux- ci semblent opérateur dépendant : dans nos discussions, l'appréciation par exemple d'un trait de colère peut être retenu *Jue Yin* parfois, ailleurs *yang Ming* Terre bloqué, ou *Yang Wei* !

Notre propre tempérament peut aussi filtrer les traits de caractère de nos patients, en accordant donc plus d'importance à telle ou telle tendance.

L'évaluation d'un trait psychologique n'est pas une science exacte, et nos patients peuvent aussi en masquer certains ; ils ont un tempérament de façade.

On remarque qu'Evelyne et Bénédicte trouvent davantage de *Jue Yin* alors que Patrick diagnostique davantage de *Yang Ming / Tai Yin*

A moins que nos propres tempéraments ne sélectionnent notre patientèle ?

-Ils sont rarement purs ; ils sont sujets à discussion : à part le classement *Yin* ou *Yang* cela se complique pour évaluer l'élément dominant (bois Feu terre métal eau ?), et le classement en *Tai*, *Shao*, *Jue*.

Par exemple, cette rigidité métal relève t-elle d'un *Yang Ming* (refroidi s'il est âgé, « Yinnisé ») ou d'un authentique *Tai Yin* Métal ?

- Un tempérament secondaire émerge souvent aussi : ce *Yang Ming* équilibré est aussi un grand émotif contrôlé, un MC fort, larmes faciles, somatisation anxiété, s'endort mal, évoquant un *Jue Yin* fort en profondeur, associé.

- D'où l'importance de recenser l'ensemble des antécédents, de la symptomatologie, des caractères physiques du patients (antécédents, gros/ maigre, allure *yin* ou *yang*, agité, émotif/calme, mental primaire / secondaire, état des pouls, état langue : rouge /pâle, enduit, *Tan* /fissurée, large / fine.) Pour définir son tempérament.

-Le choix du traitement général peut en être modifié :

Traitement du poumon (et Gi) pour un *Tai yin* métal ou de l'estomac (et rate) pour un *yang Ming*, régularisation des couches énergétiques *Tai yin* ou *yang Ming*.

Traiter le foie chez le *Jue Yin* et apaiser VB chez le *Shao yang*.

Ceci ne préjuge pas du traitement local céphalique selon les 8 règles, si elles s'appliquent.

Les Tempéraments les plus représentés sont :

-*Yang Ming* (Terre, métal ou équilibré (sans dominance de l'un ou l'autre élément) et -*Jue Yin* bien sûr.

Yang Ming Métal est fréquemment retrouvé qu'il soit métal pur ou équilibré. Le métal défaillant ou excessif perturbe le mouvement du bois dans le cycle *Ko*.

Yang Ming Terre est moins fréquent. Peut-être ces patients sont-ils plus enracinés et moins sujets aux échappements de Qi ?

-Viennent ensuite *Tai Yin* (Terre, métal ou équilibré) Les *Tai Yin* Terre ont tendance à faire des migraines par vide de sang ou par excès de glaires dues à un vide de Qi de RP

-Les *Shaoyang* sont moins fréquents.

-*Shao Yin* et *Tai Yang* ne sont pas représentés dans notre recrutement de patients, tempéraments plus rares aussi, à l'état pur.

- Une *Dai Mai*, aussi *shao yang*, ce qui semble logique (*Dai Mai* comprenant des points *shaoyang*, et *Jue yin* pour l'origine F13),

Le traitement fonctionne généralement bien chez les "Terre" (*Tai Yin* ou *Yang Ming*)

Les *Jue Yin* réagissent bien mais par la suite l'évolution est irrégulière et chaotique voire il peut y avoir un échappement

Les *shao Yang* : c'est tout ou rien

Quant au Métal, il résiste car il est dans le contrôle. Il est souvent difficile à traiter

+Analyse de la douleur

*Latéralité de la migraine

Ces items sont-ils vérifiables ?

D'après Soulié de Morand

SDM : « quand la douleur est à gauche (*yin*) c'est généralement un vide de sang (*yin*), soit feu, soit chaleur (excès de *yang*). Elle redouble le soir »

« Quand la douleur est à droite (*yang*), c'est généralement un vide d'énergie ; soit refoulement, encombrement ou glaires, ou vent, ou humidité (excès de *yin*). Elle s'apaise avec le soir »

Ce propos nous a posé problème, les vides de *yin* se retrouvant aussi bien dans les migraines droites que gauches. Nous n'avons pas trouvé de corrélation entre la latéralité de la migraine et le diagnostic énergétique.

Par ailleurs, en MTC, classiquement, le côté gauche est *yang*, masculin, et le côté droit *Yin*, féminin, c'est à dire l'inverse de ce que semble annoncer Soulié de Morand.

SDM : "la très grande majorité des migraines d'un côté (surtout douleurs temporales droites) viennent d'un excès d'énergie de la VB avec insuffisance d'énergie du foie "

Nous sommes relativement d'accord avec le 2ème item mais la latéralité droite n'est pas systématique cependant : sur 42 cas de migraines, 29 hémicrâniées sont liées à un vide de foie et excès de VB,

Evelyne : sur 9 cas de migraines droites ,6 sont liées à un vide de *yin* de foie avec excès de VB

Patrick retrouve ce diagnostic pour 7 cas de migraines droites et 5 cas d'alternantes mais pour Bénédicte, sur les 8 hémicrâniées ayant ce diagnostic, 3 sont à droite, 5 sont à gauche et 2 sont alternantes !

*caractéristique de la douleur,

"la sensation de lourdeur évoque les glaires ou l'humidité. Douleur à l'intérieur de la tête comme si elle faisait mal au cerveau fera penser au vide de Rn

Lorsque la douleur est pulsatile, c'est une montée de yang du foie, lorsqu'elle est térébrante en clou c'est une stase de sang " MACIOCIA

Nous sommes assez d'accord, mais un cas de vide de *yin* dans notre expérience a été une douleur pulsatile

*localisation territoire méridien

La localisation a peu d'intérêt pour le diagnostic physiopathologique : une migraine Rate peut donner une douleur aussi bien sur le *tai yang* ,*shao yang* que *yang ming* mais aura son importance pour le choix du traitement

Dans la majorité des cas le méridien de VB est concerné seul ,il est parfois associé au méridien de vessie ou plus rarement à TR, à E ou à RM

A noter le méridien de vessie est plus souvent concerné dans les vides de sang car le *Tai yang* à plus de sang que d'énergie.

Pour Kespi , la localisation de la douleur peut être fonction de la quantité d'énergie en cause. Si on a beaucoup de yang , la localisation sera sur tai yang; si on a moins de yang, la

localisation sera sur shao yang et si on a peu de yang, elle sera sur yang ming, l'évolution de la douleur pouvant aller du Tai > Shao > Jue .

Lorsque la localisation est sur V (débute au V1 et suit le trajet du MP de V), l'équilibrage par les Luo (P7 V58) ainsi que l'utilisation des points V60, V61, V62, V63 permettent d'obtenir des résultats thérapeutiques intéressants.

+ facteurs permettant de juger de l'efficacité et du pronostic du traitement

* Signes d'accompagnement

Ce sont le plus souvent des nausées avec ou sans vomissement, une aversion pour les odeurs, de l'irritabilité, des tensions cervico-dorsales mais également des troubles oculaires, des troubles neurologiques dans les migraines accompagnées.

Il est important de bien noter ces signes d'accompagnements car ils disparaissent très souvent à la première séance, alors que les céphalées sont encore bien présentes, cela nous permet donc de juger de l'efficacité du traitement

*Facteurs déclenchants

Les migraines cataméniales semblent les plus difficiles à traiter alors que les migraines déclenchées par d'autres facteurs disparaissent plus rapidement. Parfois les migraines prémenstruelles se transforment en migraines ovulatoires

*Date de début et aggravation récente

Les événements de la vie génitale, les ménorragies, les périodes de stress intenses, la fatigue peuvent aggraver les migraines

Ces aggravations récentes sont en général bien réglées par l'acupuncture en peu de séances alors que les migraines anciennes polymédicamenteuses sont souvent plus difficiles et plus longues à traiter.

*Rythme :

Fréquence et durée ont leur importance car ils permettent de juger de l'efficacité du traitement, si tant est que la prise immédiate de triptans ne vienne fausser les résultats.

*Traitements occidentaux (ains, antalgiques, triptans)

La diminution du nombre mensuel de comprimés est un bon indicateur d'efficacité du traitement acupunctural.

Il nous semble que depuis l'arrivée des Triptans, le traitement par acupuncture des migraines est plus difficile probablement par une stagnation du Qi du foie plus importante. Il nous semble également observer des migraines beaucoup plus longues, parfois jusqu'à 7 jours. De plus les résultats sont plus difficiles à objectiver car les patients prennent leur triptan dès le début des symptômes.

b) diagnostic énergétique des migraines

*** En MTC**

+ Les 8 Règles

Il est important d'effectuer dans un premier temps, lorsque cela est possible, un diagnostic local selon les 8 règles. Devant une algie qui répond aux 8 règles, il faut aller du local au général, du symptôme à la cause.

Les 8 règles sont parfois difficiles à apprécier.

- Plénitude de yang à la tête ; douleur de type *Yang*, aiguë, aggravée par la pression, voire le massage, aggravée par le bruit et la chaleur, et améliorée par le froid.

Elle peut être liée à une pathologie d'organe, mais peut correspondre à un blocage énergétique local :

- Soit le *yang* ne descend pas car il est bloqué entre la tête et le tronc
- Soit il ne rentre pas dans le *yin* qui est bloqué, ce qui donne des signes de plénitude de *Yang* en zone *Yang* (en haut et extérieur) , et stagnation de *yin* en zone *Yin*, (poitrine et pelvis) ;
- Soit le *yang* ne rentre pas en profondeur et reste bloqué à l'extérieur et en haut
- Soit il existe une montée excessive du *yang* (foie/VB).

- Stagnation de yang ; douleur de type *yang* améliorée par la chaleur et le mouvement qui peut être lié à une perturbation locale du mouvement entre endo et exocrâne ou à un blocage de la charnière du *Yang* (douleurs violentes articulaires ou céphalées).

- Vide de yin : douleurs aiguës de type *yang*, améliorées par la pression et le froid aggravées par le bruit et la lumière comme les douleurs de type *yang*.

Il peut être la conséquence d'un vide global de *yin*, d'une accumulation de *yin* en bas (*Dai Mai, yin qiao*) ou d'un blocage de *yin* dans le pelvis ou la région solaire.

-Vide de yang : céphalées améliorées par la chaleur et la pression. Céphalées plus fixes et plus diffuses.

Elle peut être liée à un blocage du *yang* au niveau régional (blocage tête tronc) ou à la non montée du *yang* plus générale -soit par blocage du *yang* en bas

- soit par vide général de *yang*

-soit par mauvaise distribution du *yang* central, avec blocage du *yang* au thorax et au centre, et vide en périphérie, et à la tête(JM12).

-Plénitude et stagnation de yin : attention à une atteinte organique.

+diagnostic énergétique : perturbations des viscères

F/VB, Rn, Rt/E, sont les organes les plus en cause dans les migraines

-Atteinte du Foie :

La montée de yang du foie est la cause la plus fréquente . Le *Yang* du Foie emprunte le méridien VB

Elle peut être liée : à la colère, la frustration,

à un vide de sang du foie(le sang en insuffisance ne peut monter à la tête)

à un vide de *yin* du foie

à un vide de *yin* de Foie et de Rein

à un vide de *yin* de Foie,vide de *yin* et vide de *yang* de Rein

Les céphalées sont intenses,avec sensation pulsatile ou de distension, douleur battante, martelante, explosive localisée sur un côté ou les 2, sur le méridien de VB, la tempe, le sourcil, derrière l'oeil ou autour de VB14. Parfois associée à des nausées et vomissement (feu du Foie envahit l'Estomac, rarement de la diarrhée (Qi du Foie envahit la Rt) ou des troubles visuels (lien Foie/oeil) .

La Langue est rouge, le pouls petit, en corde si vide de *yin*.

si vide de sang du F, langue pâle et mince,

si vide de *yin* de F et R, langue rouge pelée, pouls faibles

si vide de *yang* de R, langue pâle, gonflée, pouls lents et profonds.

Les douleurs sont souvent améliorées par le passage de la position couchée à assise ; c'est la migraine du WE, l'hyperactivité de la semaine masque les symptômes de *yang* du F (le *Yang* est consommé par l'activité durant la semaine).

Il faudra calmer le F, soumettre le *yang* rebelle, nourrir le sang du F, ou le *yin* du F,+/- le *yin* de Rein.

Le Feu du Foie par frustration chronique qui entraîne une stagnation de *qi* du F avec dégagement de *yang* ,ou par excès d'alcool ou d'aliments épicés

Les symptômes sont les même que dans la montée de *yang* du F , mais les céphalées semblent encore plus intenses, et tendent à avoir une localisation plus fixe, souvent associées à des nausées et des vomissements

Il faudra apaiser le F , éliminer le feu

La stagnation de *Qi* du F par stress et anxiété

Douleurs du front et des tempes avec souvent des troubles de l'Estomac.La douleur se déplace d'un côté à l'autre et est pulsatile
parfois associés à distension douloureuse des hypocondres, nervosité, troubles digestifs, renvois , flatulences, distension abdominale, selles fréquentes.

Il faudra apaiser le Foie, éliminer la stagnation, calmer l'Estomac,

-Perturbation du Rein

- C'est souvent le vide de *yin* des Reins qui est en cause dans les migraines ,qu'il soit associé à un vide de *yin* de Foie ou qu'il aggrave ce vide de *yin* de Foie

Le *yin* des reins insuffisant ne nourrit plus le *yin* de Foie ,le *yang* monte ,c'est le feu du Foie

Il faudra nourrir le *yin* de Rein ,éteindre le feu du foie

Le vide de *Qi* des reins

Par faiblesse constitutionnelle,excès sexuels,appauvrissement de l'essence vitale, *Jing* et affaiblissement du *yang* des Reins, surmenage ou longue maladie.

Céphalées plus que migraines , aggravées au mouvement, avec sensation de tête vide, vertiges, acouphènes, associées à des signes de vide de *Qi* des reins:courbatures des lombes, genoux faibles, signes urogénitaux ,asthénie

Il faudra nourrir le *Jing*, le *yang* et tonifier les reins;

-Atteinte Rate/Estomac

Rt et E peuvent être affaiblis par le surmenage, l'alimentation irrégulière ou une longue maladie. Digestion et assimilation sont alors insuffisants,*Qi* et *XUE* nourriciers ne sont plus régénérés. La moelle cérébrale et les *Luo* de la tête et du cerveau ne seront plus alimentés d'où céphalées par insuffisance de *yin* et de sang et déficience de *Qi* de Rt et E

TTT Nourrir le *yin* , tonifier le sang, tonifier RP et E

+ Migraines par atteinte des Méridiens curieux

-Atteinte du Yang QIAO

Céphalées par non rentrée du *yang* dans le *Yin* : (il marie/ relie *yin* et *Yang*) , douleurs lombaires , dorsales, raideur de tt le corps .

Echappement *yang* par manque d'enracinement au *Yin* Terre: V62, "absence de racines" (Kespi) et R6 (*Yin Qiao*)

Troubles du sommeil , réveil à 3h matin, vide de *Yin* céphalique, œil rouge canthus interne (V2) ,douleur sur le trajet du méridien, douleurs des lombes et des talons , douleurs erratiques aggravées la journée , déracinement

- Atteinte du Yin WEI :

Céphalées par vide *yin* périphérique et stagnation *Yin* au centre lié à une dissociation intérieur/extérieur, avec excès de *Yin* endocrânien (barre frontale violente). Il faut rechercher la cause de cette non descente du *yin* ou du sang ,une atteinte *Zang* l'explique t'elle ?

L'aggrave t'elle simplement ?

- le *yang* ne rentre pas dans le *yin* qui est bloqué ce qui donne des signes de plénitude de *Yang* en zone *Yang* (en haut et extérieur) , et stagnation de *yin* en zone *Yin*, la poitrine et le pelvis ; utilisation du *Yin WEI* pour mettre en mouvement le *Yin* (MC6,R9).

Signes associés au pelvis, oppression thoracique transfixiante (G. Andres) et alternance dépression colère sur un terrain mal enraciné, aident au diagnostic.

-Atteinte du Yang WEI : conflit de limite avec l'extérieur : tempérament coléreux, agité claustrophobe, violent parfois : *Ni QI* de colère interne remonte via *yang ming* à la tête

- Atteinte du DAI MAI : plénitude en haut , et vide en bas , mise en circulation du *yin* par le *yang* défaillante au pelvis

Céphalées dans la zone *Shaoyang* fronto-orbitaire et/ou occipitale de type *yang* plénitude aiguë ,permanente, sur plénitude stagnation *yin* /sang avec dégagement de feu du sang, aggravée à la chaleur

Ou stagnation de sang-chaleur avec douleur profonde aggravée au repos améliorée au mouvement, pulsatile, parfois unilatérale et occipitale, donc migraines d'allure non spécifiques de méridiens curieux : les signes associés vont orienter vers une migraine *Dai mai* (douleurs lombaires , sensation d'eau froide qui coule dans les lombes, problèmes pelviens gynécologiques (algies menstruelles, leucorrhées, règles difficiles à démarrer par stagnation sang pelvis.

-Atteinte CHONG MAI : impliqué dans les migraines cataméniales (4RP),notions d'atcd de fausses couches, infertilité, dysfonction sexuelle, douleurs pelviennes, kyste ovaire , GEU par mauvaise irrigation *Jing* du pelvien

-Atteinte REN MAI partage les signes pelviens avec *Chong Mai*

-Atteinte DU MAI: nuque raide et trapézialgies, céphalées occipitales médiane entraînant parfois de vraies migraines unilatérales, pulsatiles par stagnation plénitude de *yang*. VG16

***Notre étude**

+ Les 8 règles : résultats:

Patrick : 3 Vide de *yang* céphalique . 4 plénitude *yang* céphalique . 4 vide de *Yin* céphalique
3 ne répondent pas aux 8 règles :

Bénédicte : 9 vide de *Yin* , 1 plénitude de *Yang* , 3 ne répondent pas aux 8 règles

Evelyne: 3 vide de *yin*, 4 ne répondent pas, 8 ne savent pas (probablement pas assez cherché)

Nous avons trouvé une majorité de vide de *Yin* sauf pour Patrick

Bénédicte et Patrick nous ont prouvé l'importance de l'interrogatoire "poussé" (!)
au total 16 vide de *yin* , 3 vide de *yang* et 5 plénitude de *yang*.

Pour les 17 restants, soit les patients ne savent pas, soit la migraine ne répond pas aux 8 règles. Bénédicte a remarqué que les migraines qui ne répondent pas sont soit bilatérales soit alternantes .

+ Perturbation des viscères

Patrick :trouble énergétique général : 9/14 vide de *yin* : avec vide de foie, vide de sang , ou vide par atteinte des méridiens distincts. 1 blocage axe *shao yin*, 1 conflit de passage du *yang* tête / thorax, 1 blocage points *Tian* (post covid), 1 atteinte *Qiao*, 1 vide de Rein.
3 plénitude *yang* , 2 stagnation *yang*.

Benedicte Vide de *Yin* en grande majorité (8 cas sur 12) toujours associé à un trouble énergétique général : sous ce diagnostic se cachent plusieurs étiologies : 4 vide de *yin* pur ,2 vide de *yin* et sang intriqués , 1 vide de sang et *jing* . Il est difficile de faire la différence entre vide de *Yin* et vide de sang . Des signes indirects (tels que des règles hémorragiques , eczéma, ongles cassants , rhinite allergique) , des signes liés à la migraine (migraine au début ou pendant les règles, amélioration pendant la grossesse est un vide de sang, aggravation avec la ménopause est un vide de *yin*) et des signes généraux (langue pâle et mince , Pouls fins)
1 Feu du foie

Evelyne chez mes patients qui répondent aux 8 règles , tous avaient une pathologie générale diagnostic général : dans la majorité des cas l'atteinte se situe au niveau de la loge F/VB avec vide de *yin* ou/et vide de sang du Foie et remontée de *yang* sur *shao yang* (6 cas), stagnation de *qi* F/VB (2) , chaleur humidité dans la VB(2) mais également, vide de sang par vide de rate (3 cas), atteinte du TR moyen ou de la charnière *yang ming/tae yin* (2 cas). parfois le vide de *yin* de rein secondaire vient s'ajouter au vide de sang (3 cas) ce qui entraîne un vide de foie dans 2 cas, j'ai retrouvé un blocage du *dai mai*.

En synthèse:

Les migraines sont liées dans notre expérience le plus souvent à des vides de *yin*, vide de sang généraux entraînant des vides locaux céphaliques de *Yin* ou de sang

Beaucoup plus rarement on peut trouver des stagnation, ou une plénitude de *yang* par non rentrée du *yang* dans le *Yin* ou un blocage aux points *Tian* ,fenêtres du ciel, atteinte des méridiens *Luo* ou distincts.

Cela est dû le plus souvent à un trouble foie /VB, avec blocage *Qi* foie avec dégagement feu VB en haut.

Parfois un Vide Rein, dysharmonie Rein cœur dans l'axe *ShaoYin*, plénitude humidité de rate/ estomac, chaleur humidité estomac, une mauvaise communication *Yang ming /Tai Yin*, un trouble des méridiens curieux

+ méridiens curieux

Nous avons trouvé : 6 *Dai Mai*, 4 *Du Mai*, 3 *Chong MAi*.

1 *yang Qiao*

souvent associés à des perturbations viscérales.

D'après Kespi, "les non réponses aux 8 règles peuvent orienter vers un trouble énergétique de passage /zone , ou de méridiens curieux , ou de symbolique, ou des 4 éléments", notamment quand le traitement d'une pathologie générale (vide de sang ..) n'apporte pas le résultat souhaité.(Kespi 402)

Parmi nos patients non répondeurs aux 8 règles, nous avons effectivement des pathologies de méridiens curieux (5 *Dai Mai* , 2 *Chong Mai* , 4 *Du Mai*,) mais celle ci se retrouvent aussi chez les répondeurs

Bénédicte : 2 *Dai Mai* ne répondent pas dont un *Dai Mai* couplé à un problème de *Tchong Mai* (infertilité , endométriose) mais 1 *Dai Mai* a un vide de *Yin*

3 *Du Mai* ont un vide de *yin*

Dans notre expérience il y a peu de bons résultats sur *Chong mai* bien meilleurs sur *Dai Mai*
Sur *DU Mai* 2 bons résultats avec vide de *Yin* céphalique et migraines cataméniales , 1 échec
sur non réponse aux 8 règles (1 migraine / semaine ,invalidante):

c) Le traitement

+Traitement local selon les 8 règles :(patrick)

vide de yang céphalique VG14, VB14 ,IG10 (croisement *Yang Qiao/ yang Wei*) ,E11/12
IG11(barrière sortie *yang* épaule)

V2 E11 E9

plénitude yang céphalique : VB14 TR16 (E9 si Ashi), E11

V10 TR15 VB13 E8 ,GI 18, VG14 disp, V11, VB3 (blocage barrière supérieure plénitude
haut crâne / vide milieu crâne)

vide yin céphalique :

VG20

VB 14 ,VB2

V10 V2

VB14 VB20

E9 fait monter le *yang* tronc > tête (Kespi)

V10 : descente *yang* tête > tronc

IG 17 : montée *yin* à la tête

VC22 : commande sortie *Qi* du Tronc

VG16 : commande entre *QI* endocrâne

P3 : descente *Qi Long* de la tête

MC1 : facilite descente des liquides organiques de la tête

pour Kespi :il existe 3 barrières :

-1°: blocage tête/tronc : plénitude *yang* céphalique s'évacue de haut en bas de la tête vers le
tronc du *Tai yang* > *Shao yang* > *yang ming* : soit : V10 > VB21 > E11 (p 132)

à l'inverse :blocage tronc / tête: un vide de *yang* céphalique se traite de bas en haut du tronc
vers la tête, avec la même séquence *Tai* > *Shao* > *Tsue* :IG14 > TR15 > E3

-2° barrière crâne /face s'utilise en cas de blocage haut / milieu / bas crâne avec plénitude
amont (haut) et vide aval (milieu) dans la séquence : V6(haut) , VB3 (milieu) et E7 (bas)

-3° barrière face / crâne : blocage de bas en haut (excès en haut (*Tae yang* au V2) > *shao*
yang VB14 > *yang ming* E8

+ troubles viscéraux:

Nous ne nous étendons pas sur le traitement notamment ceux qui ont déjà été abordés, nous verrons ce qui nous a paru important dans notre pratique .

Sur le plan général, le plus souvent, tonifier les organes déficients(rate ,foie rein) tonifier le sang ,faire descendre le *yang*, rafraîchir la VB etc..

+ les méridiens curieux

Ne pas oublier de les traiter lorsqu'ils sont en cause en utilisant les points d'ouverture et les points *Xi* de déblocage

d) Nos résultats

Nous avons classé nos résultats selon le nombre de crises migraineuses, leur intensité, leur degré de gêne dans la vie quotidienne :

TB :guérison (aucune crise ou crise exceptionnelle)

BON : amélioration de 75% (en fréquence et/ou en intensité)

AB : amélioration de 50 à 60%

MOYEN :amélioration de 30 à 40%

MAUVAIS : amélioration < ou = 25%

- Les résultats sont souvent encourageants à 3 mois puis à 6 mois, voire 1 an ou plus pour certains avec baisse de la fréquence , de l'intensité et de la durée des crises avec baisse de la consommation de triptans /antalgiques . L'appréciation subjective des patients sur leur gêne et confort de vie (en %), qui n'est pas toujours en accord avec les données objectives.

-Remarquons que l'amélioration peut être fluctuante dans le temps avec des aggravations saisonnières ou en fonction des aléas de la vie .

-Les signes d'accompagnement ,notamment les nausées et les vomissements s'améliorent le plus souvent dès la première séance.

Par contre lorsqu'il s'agit des migraines ophtalmiques, les céphalées disparaissent avant les troubles visuels

-Les migraines cataméniales sont les plus résistantes . Elles diminuent en intensité mais ne disparaissent pas toujours .

-Parmi nos dossiers:

Patrick :

4TB (guérison) , 3 Bon , 3 AB , 3 moyens , 1 mauvais :
soit 7/14 soit 50% de résultats positifs , 6/14 , soit 43% de résultats AB/moyens , et 1/14, soit 7% de mauvais résultats

Bénédicte :

4TB (dont 2 guérisons), 6 B , 1AB , 2 Mauvais

Evelyne :à 6 mois: 3 patients sur 15 guéris, 8 patients avec une amélioration de plus de 75% voire presque guéris, 2 à 50%, 1 patient avec une amélioration de 25%, 1 améliorée pendant 2 mois puis pas d'amélioration supplémentaire

globalement :

11 TB (dont 9 guérisons)

17 B

9 AB/Moyen

5 Mauvais

ce qui fait un total de 28 /42 avec de bons voire très bons résultats soit deux tiers des patients

Ces résultats montrent qu'il faut entretenir le traitement des migraines par acupuncture, seule possibilité de mieux vivre avec un minimum de médicaments et d'éviter la spirale infernale des triptans dans laquelle s'enferment les patients qui sont désespérés, même si l'acupuncture ne les guérit pas forcément.

d) Notre expérience

Différentes réflexions concernant notre pratique sont ressorties de nos discussions

Nous voulions vous en faire part:

+ Migraines et méridiens distincts (Bénédicte)

L'expérience montre que le traitement par les méridiens distincts donne des résultats spectaculaires presque systématiques dans le cas des migraines unilatérales lorsque la latéralité est prédominante sur un côté, ce qui est très fréquent .

August NGUYEN préconisait le traitement par MD dans les hémicranies par vide de *Yin* mais Alain Schmidt pense que cela s'applique à toutes les hémicranies

Sur mes 7 patients ayant une hémicrânie nettement latéralisée, une patiente avait une plénitude de *Yang* et 6 patientes avaient un vide de *Yin* / *Sang*.

ces 6 patientes se sont améliorées de façon remarquable avec le traitement de MD mais Je n'ai pas eu l'occasion de traiter l'hémicrânie avec plénitude de *Yang*

Mes 5 autres patients avaient une migraine bilatérale ou alternante . j'ai fait l'essai de traitement dans un cas de migraine alternante en considérant que chez cette patiente , les migraines avaient toujours été plus violentes à droite qu'à gauche . le traitement n'a pas été efficace.

On suspecte une pathologie de MD lorsque les 3 critères suivants sont remplis:

- douleur de caractère intermittent , soudaine
- unilatérale ,
- associées à des signes émotionnels pendant la crise douloureuse (Palpitations , nervosité ,angoisse)

Les MD fonctionnent par couple il faut donc traiter simultanément F et VB
Ils circulent de bas en haut parallèlement , partent de la grosse articulation du genou, ont un point de réunion inférieur sur l'abdomen, passent par le cœur , se rejoignent au point de réunion supérieur .

J ai utilisé le traitement du Dr TRAN Viet Dzong

- Jing controlatéraux sont la clé du traitement
- tous les points articulaires sont puncturés de façon homolatérale : choisir un point de F et de VB à chaque articulation (F3 et VB40 ou VB41 , F8 et VB34)
car le MD s'insère à chaque articulation du membre inférieur
- RM2 comme point de réunion inférieur
- éventuellement le point de réunion supérieur(VB1)
- points pour calmer le C (V15 , C7, C3.....)
- VB20 ,RM12 , E36 et DM20 sont associés obligatoirement
- points locaux céphaliques

Remarque:Alain Schmidt préfère retirer les aiguilles des points Jing après quelques minutes afin de travailler ces points en tonification mais je n'ai pas essayé

Remarque : rechercher un afflux dans le MD

Si le *Yang* ne descend pas jusqu'au pied et reflue car il bute sur le *yin* (pieds froids , pouls pédieux non perçus)) Le phénomène de polarisation ne se fait plus

Les hémicrânie temporales correspondent au MD VB

Les hémicrânies occipitales correspondent au MD V .(points de réunion V40 V10)

Les hémicrâniées frontales correspondent au MD E . (points de réunion E30 E9)
D'après Tran Viet Dzong la puncture du point de réunion sup (fenêtre du ciel) est un test qui permet de faire le diagnostic de l'afflux si la douleur est soulagée instantanément
Rechercher LE POULS PÉDIEUX !!

+ Migraines et Luo Longitudinaux : (Patrick)

J'utilise fréquemment les *Luo* quand un trouble avec l'environnement vient perturber l'énergie interne du patient, ce qui est fréquent.

Les *Luo* gouvernent les modes de contact de l'homme avec l'extérieur (*Kespi*) et doublent les méridiens principaux afin de dériver le *Xié* de ceux-ci ; ne passant pas directement par les *Zhang/Fu*, ils les protègent donc indirectement.

La migraine est-elle un mode de résonance à la tête d'un trouble de communication / contact avec l'extérieur ? on peut le penser tant celle-ci est provoquée ou aggravée par le stress, (*Jue Yin*) contrariété rumination, obsession (*Tai yin* /RP), le besoin de contrôle du monde environnant (*Tai yin* /P), quand on est affecté "que les choses ne se passent pas comme je voudrais" (*shaoyin* C5/Rn4) et (*shou taiyin* /P7) : conflit Intérieur /Extérieur.

Tous ces troubles de communication avec l'extérieur génèrent des troubles de la circulation des *QI* dans les *Luo*, puis dans les méridiens principaux, distincts, et *Zhang/Fu* dans les formes évoluées des troubles que l'on voit souvent puisque les patients consultent tardivement, avec des signes intriqués des différents atteintes.

Les *Lo* de *Zu Yang ming* (E40), *zu taiyang* (V58) et *DuMai* (DM1) contrôlent la tête et permettent à l'homme de se situer par rapport à l'extérieur.

Alors que *shou Jue yin* (MC6) contrôle la nuque, fréquemment atteinte dans les migraines avec problèmes émotionnels, de même que les trapèzes, en tant que point de départ TR15 parfois dans plusieurs crises, quand *Shou Yang Ming* (GI6) contrôle l'oreille (et ce qu'elle reçoit comme informations sonores, auditives de l'extérieur) (migraines et vertiges, acouphènes, hypo / hyperacousie), et la bouche, dents et gencives; *shou shaoyin* (C5) contrôle l'oeil et la langue (support de la parole).

TR8 et VB39 (*lo* de groupe des 3 *yang* du haut et des 3 *yang* du bas) lorsque la perturbation est plus globale

+ migraines et 8 règles

Est-ce que le fait de répondre aux 8 règles change le traitement ou le pronostic?

Le fait de répondre aux règles oriente bien le traitement local :

points *Tian* pour évacuer une plénitude de *yang* céphalique vers le thorax,

Points *Du Mai* et *Tai Yang* pour faire monter le *yang* dans le vide de *yang* céphalique (DM 14, DM 20, V11, IG10/11)

le vide de *Yin* local se règlera plus par le traitement du vide de *yin* général associé, et favoriser la montée du *Yin* à la tête, les méridiens *Yin* ne montant pas en céphalique, le relai sera fait par les méridiens distincts (unissant les méridiens *yin* et *yang*), les *luo*, les méridiens curieux, afin de véhiculer du *QI Iong*, *Zhong Qi* et du *Jing* au cerveau.

Notons le IG 17 pour faire monter le *yin* d'après Kespi.

+Migraines et points locaux

Le choix de nos points est guidé par les points *Ashi*, sensibles à la palpation mais aussi guidé par la localisation de la migraine et la typologie du patient

Trae Yang, sur la tempe, soumet le *yang* du F

VB4, VB5, VB6 à piquer vers l'arrière, à l'horizontale (15°), VB8

VB9 calme l'esprit, soumet le *yang* du F (sujets très tendus avec frustration ancienne)

VB13, VB14

VB21 quand haut des épaules tendus et raides réunion *yang wei*, TR et E.

V2 *Yu Yao* céphalées autour et derrière les yeux +++++, montée de *yang* du F par vide de sang du F

VB1

TR20, calme vide céphalique (tête serrée dans un bandeau)

VB13/E8 : réunion des TM *yang* mS, évacue plénitude stagnation de *yang* à la tête

IG 18; réunion TM *yang* MI, excès de *yang* à la face

Nguyen Van Nghi nous donne des points locaux que nous nous n'avons pas tous pratiqué

-Au front, prendre comme base DM et E: DM23, DM25, E8, VB14, V2, GI4

-Au vertex DM ET V: DM20, C7 -C(tong tienn) à vérifier V 60, V67

-A l'occiput DM ET V: DM19, VB20, V11, V60, VB19

-Aux tempes, VB et TR: Tai yang E8, VB8, TR20, P7, TR3, VB23

+les points fenêtres du ciel également souvent points *ashi*

E9, GI 18, TR 16 , V10, P3 : 5 grandes

RM22, IG16, IG17, DM16, MC1 : 5 petites

+Autres remarques sur nos habitudes thérapeutiques

- Evelynne : j'utilise fréquemment les points de *Tai yang* notamment dans les vides de sang. - VB8, chasse le vent et purifie le sang (V2,V10,V9,V60,V62,V63,P7) etc..
- V20 associé à F13 lorsque le F est envahi par les glaires (patients qui ruminent et ont des soucis) Palper le F13 qu'on ne piquera que s'il est *ashi*
- V18 fréquemment mais V19 exceptionnellement (méfiance exprimée au sujet de ce point très *Yang*)
- Les points Terre de la loge sont équilibrants F3 VB34
- VB40 draine le MP de VB
- La tonification du Rn lorsqu'il est en vide permettra de nourrir le F indirectement
- F2 VB43 en cas de feu du F
- F8 très apprécié car point froid
- Equilibrage des niveaux *Jue Yin / Shao Yang* : F8 MC6 /VB34 TR10 chez un patient très énervé
- P7 nourrit le *Yin*
- Chez un patient *Jue Yin* angoissé: Débloquent le *Jue Yin* : RM18, MC4, F6 ou RM18, F1 ou VB43
- On ne pique que les points locaux *ashi* On retrouve plus fréquemment : *Tai Yang* , chaleur dans VB , VB5 ,
- Dans les migraines frontales , On associe V2 et VB14 avec V63
- Disperser VB13 (réunion. MTM du mB sup) pour évacuer excès *yang* local
- VB20 a été puncturé presque systématiquement (Patrick : pas trop chez mes patients, j'évite plutôt dans les céphalées très *yang* par risque de réactions fortes en douleurs, tête ou cervicales, je préfère le VB19 alors; je fais par contre facilement les points *Tian*, fenêtre du ciel, pour harmoniser le *Qi* et le sang entre tête et reste du corps).
- GI18 à rechercher chez un patient *Yang Ming* Métal
- E9 est recherché si la douleur irradie en antérieur
- TR16 chez un *shao yang* . Il disperse les plénitudes

- Il est important de différencier un vide de sang général et local (au niveau de la tête). Ce dernier n'étant pas toujours le résultat d'un vide général
 - harmonisation de *Chong mai* (migraines *cataméniales*)
 - V17, RP6 , V43 , RP10

- DM22 en cas de vide local car il fait monter le sang (Kespi) n'a cependant pas été utilisé
- Faire descendre le yang E37 /VB39
- La charnière occipitale est importante:V10 ,VB20 TR16 TR17,DM16
- La tension des trapèzes est un facteur déclencheur et peut être la cause d'une aggravation des migraines à certaines périodes de la vie
TR5 TR15 ,VB21,V60 MC6, ,IG3, IG6, IG10,IG14,.....
- En cas d'échec de traitement il faut parfois se poser la question d'une sinusite chronique infraclinique

3-CONCLUSION

Ce travail a été pour nous une expérience enrichissante et nous a permis de confronter nos divers abords de cette pathologie. Ainsi les traitements proposés n'engagent que nous. Nous nous sommes rendu compte de la difficulté de faire des études cliniques sans outil informatique exploitable.

Nous avons donc étudié 42 dossiers de patients atteints de migraines souvent invalidantes, où souvent tout a été tenté sur le plan thérapeutique.

Nos résultats montrent 2/3 d'amélioration franche pour 1/3 d'échec ou d'amélioration insuffisante . Ces chiffres semblent supérieurs aux résultats obtenus en médecine classique, et sans effets secondaires.

Ils demanderaient des études sur un panel élargi de patients afin de confirmer nos impressions cliniques, et que l'acupuncture médicale prenne toute la place qu'elle mérite dans ce type de pathologie.

Docteur Baudin Patrick(AMARRA) 17 grange St Pierre Charnay les Macon 71850
pbaudin2@wanadoo.fr

Docteur Berthet Evelyne (AMARRA) ,43 rue Vaubecour Lyon 69002
evelyne.berthet@wanadoo.fr

Docteur Rammeloo Bénédicte(AMARRA), 708 route d'Epinay, 69400 ARNAS
docteur.rammeloo@gmail.com

BIBLIOGRAPHIE

- G Andrès :” les méridiens extraordinaires”
- A. Buy et D. Valade :mensuel du médecin acupuncteur 2002 p 1-2
traitement de la migraine par acupuncture hôpital Lariboisière.
- E Costet :congrès AMAC-AMARRA octobre 2011
les migraines (séminaire AMARRA 2001)
- Cours DIU Nîmes Les céphalées et les migraines
- B.Cygler : La tête et le cou
Edition de la Tisserande
- Kespi : “Acupuncture”
- Kespi “cliniques “
- Marie Coizet;séminaire AMARRA septembre 2001
- Nguyen van nghi : Pathogénie et pathologie énergétique en MC
Céphalées p 685-686
- Soulié de Morand : l’acupuncture chinoise tome V p 949-950
- Dr Tran Viet Dzung ‘’Les maladies de l’Afflux ‘’ Séminaire AMO le 10/02/2007

Prévention des migraines par traitement des *jingbie* (經別), électroacupuncture et chronoacupuncture : étude synthétique à propos de deux cas cliniques

Dr Jean-Marc Stéphan (MD)

Résumé : *Introduction.* L'objectif de ce travail est d'évaluer la possibilité d'utiliser l'acupuncture et l'électroacupuncture dans la prévention des migraines, autant pour la crise que dans le traitement de fond. *Méthodes.* Deux études de cas clinique de migraines permettent d'étudier le protocole de traitement selon la différenciation des syndromes (*bianzheng*) mais surtout en utilisant la piqure *miu* applicable aux méridiens *jingbie*, l'électroacupuncture et la chronoacupuncture (théorie des points saisonniers et celle des *ziwu liuzhu*). Après un rappel de la physiopathologie selon la Médecine Traditionnelle Chinoise (MTC) et celle de la médecine expérimentale, un état des lieux des méta-analyses et des essais comparatifs randomisés (ECR) est réalisé. *Résultats.* L'acupuncture peut être utilisée seule ou en association avec le traitement classique dans le cadre de la médecine intégrative. Selon les preuves issues des méta-analyses, des ECR et même des recommandations d'experts, on peut considérer sa contribution utile, efficace et sans effets indésirables. *Conclusion.* L'utilisation de l'acupuncture dans la prévention des migraines peut être proposée avec un grade A de preuve scientifique établie selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé française (HAS). **Mots clés :** Acupuncture – migraines - électroacupuncture – neurologie – *jingbie* – chronoacupuncture - *ziwu liuzhu*.

Summary: *Introduction.* The objective of this work is to evaluate the possibility of using acupuncture and electroacupuncture in the prevention of migraines, both for the crisis and in the background treatment. *Methods.* Two clinical case studies of migraines make it possible to study the treatment protocol according to the differentiation of syndromes (*bianzheng*) but especially by using the *miu* sting applicable to *jingbie* meridians, electroacupuncture and chronoacupuncture (seasonal point theory and that of *ziwu liuzhu*). After a review of the pathophysiology according to Traditional Chinese Medicine (TCM) and that of experimental medicine, an inventory of meta-analyses and randomized controlled trials (RCTs) is carried out. *Results.* Acupuncture can be used alone or in combination with conventional therapy in integrative medicine. Evidence from meta-analyses, RCTs and even expert recommendations can be considered useful, effective and without adverse effects. *Conclusion.* The use of acupuncture in the prevention of migraines can be proposed with a grade A of scientific evidence established according to the recommendations of the French High Authority of Health (HAS). **Key words:** Acupuncture - migraines - electroacupuncture - neurology - *jingbie* - chronoacupuncture - *ziwu liuzhu*.

Introduction

La migraine est une maladie neurologique dont la prévalence est estimée chez l'adulte de 18 à 65 ans, entre 12 et 15 % de la population mondiale, avec une prédominance féminine de trois femmes pour un homme [1]. Elle se traduit par la survenue des céphalées se répétant régulièrement plus ou moins associées à d'autres symptômes (intolérance à la lumière et aux bruits, nausées/vomissements). La sévérité des crises peut entraîner un retentissement socioprofessionnel important avec des arrêts maladies itératifs. Existente deux principales formes de crises migraineuses : avec ou sans aura. La plus habituelle des migraines est celle sans aura. Il s'agit de douleurs importantes qui durent entre quatre et soixante-douze heures sans traitement. Deux des quatre caractères suivants sont nécessaires pour parler de migraine : prédominance d'une douleur unilatérale (hémicranie), pulsatile, d'intensité modérée (gênant les activités habituelles) à sévère (nécessité de se coucher dans l'obscurité et le silence) et céphalée aggravée par le mouvement (montée ou descente d'escaliers par exemple).

Typiquement, la migraine s'accompagne de nausées et/ou vomissements et/ou d'une photophobie et phonophobie. La maladie migraineuse se définit aussi par la répétition des crises, au moins cinq.

Migraine avec aura

La céphalée peut être précédée ou s'accompagne d'un trouble neurologique transitoire entièrement réversible, l'aura. Typiquement, ce sont des troubles visuels, mais aussi sensitifs, associés ou non à des troubles du langage (dysarthrie). Dans 90% des cas, les troubles visuels sont une perte de vision ou vision trouble associée ou pas à la présence de phosphènes avec taches brillantes ou formes géométriques. Plus rarement, on peut observer des paresthésies ou des engourdissements d'une main ou de la face, ou encore de difficultés à s'exprimer. Cela s'installe généralement lentement, en quelques minutes et cela peut durer moins d'une heure. D'autres sous-types de migraines plus rares avec aura ont été observés, comme la migraine hémiplégique familiale, la migraine basilaire et même des auras migraineuses sans céphalée [2].

Généralement, la durée de la crise ne dépasse pas six heures grâce au traitement et peut être raccourcie par les traitements. La fréquence des crises peut varier de quelques épisodes par an à plusieurs par mois, générant des douleurs plus de quinze jours par mois. Entre chaque crise, la rémission des symptômes est totale, tout au plus peut persister quelques jours de fatigue et une légère céphalée.

Il faudra faire le diagnostic différentiel avec la céphalée de tension qui engendre une douleur plus diffuse, bilatérale, continue et non pulsatile, à type de sensation de compression, d'étau, d'intensité peu ou moyennement forte et sans signes digestifs associés ou d'intolérance au bruit. Elle est plus répandue que la migraine. A noter qu'une personne migraineuse peut avoir des céphalées de tension entre deux crises.

Les facteurs déclenchants

Le caractère héréditaire est connu depuis le 19^e siècle, surtout pour les migraines avec aura. Par ailleurs depuis 2010, plus d'une douzaine de gènes de susceptibilité à la migraine ont été identifiés qui codent notamment des protéines impliquées dans la régulation glutamatergique. Ainsi dans le cas de la migraine hémiplégique familiale (avec aura par déficit moteur associé à des signes sensitifs, visuels ou troubles du langage), on a découvert en 1993 que l'hérédité de la maladie est monogénique, en rapport avec une mutation génique sur le chromosome 19 avec implication des canaux calciques. La transmission de la maladie est autosomique dominante, signifiant qu'une personne malade a 50% de risque de transmettre la mutation à chacun de ses enfants [3].

Néanmoins, ce sont surtout des facteurs internes ou externes qui sont davantage impliqués dans le déclenchement de la crise. Tous ces facteurs ont en commun un changement de rythme ou d'état. Cela peut être engendré par un changement qu'il soit émotionnel (stress ou émotions agréables), physique (surmenage ou relâchement du dimanche par exemple), hormonal (chez les femmes, la chute des taux d'œstrogènes en période menstruelle déclenchant la migraine cataméniale), climatique (chaleur ou froid, vent violent), sensoriel (lumière ou odeur désagréable), ou bien une diététique inadaptée par un repas trop lourd, une prise d'alcool, un repas oublié..), des troubles du sommeil soit par dette, soit par excès, etc. En identifiant et en évitant certains de ces facteurs, les crises peuvent être ainsi réduites.

Les mécanismes physiopathologiques

La migraine est due à une excitabilité neuronale anormale, liée dans certains cas à une prédisposition génétique, le tout pouvant être modulée par les facteurs environnementaux. La

compréhension des mécanismes impliqués dans les différents symptômes des crises n'est pas complète. On sait que dans la prédisposition génétique, les mutations au niveau de trois gènes différents des canaux ioniques CACNA1A, ATP1A2 et SCN1A peuvent être causales. Des études fonctionnelles de ces mutations ont montré qu'elles peuvent entraîner une régulation défectueuse de la neurotransmission glutamatergique et déséquilibre exciteur/inhibiteur au niveau du cortex cérébral avec augmentation du potassium et du glutamate dans la fente synaptique. Cela conduit donc à une hyperexcitabilité neuronale, une dépression corticale envahissante qui engendre la création d'une vague de dépolarisation. Celle-ci est considérée comme impliquée dans les mécanismes d'initiation des migraines à prédisposition génétique mais aussi celles avec aura. Par l'imagerie par résonance magnétique, on observe ainsi une légère diminution du débit sanguin cérébral pouvant expliquer les troubles neurologiques visuels, sensitifs, de langage, ou même l'état d'asthénie réactionnelle. De nombreux autres gènes responsables ont été découverts comme le KCKN18, PRRT2, CSNK1D, etc. La recherche continue qui pourrait se traduire pour ces patients par des traitements ciblés.

La physiopathologie de la migraine à proprement parlé est partiellement comprise, mais on pense qu'elle peut être provoquée par l'activation du système trigéminovasculaire qui comprend les nerfs trijumeaux innervant les méninges et les vaisseaux sanguins intracrâniens. La crise de migraine résulterait de l'activation des nocicepteurs innervant les vaisseaux sanguins crâniens, transmettant un signal aux neurones bipolaires trijumeaux, puis relayé aux zones thalamique et corticale, produisant ainsi la sensation de douleur. Ce sont les neuropeptides vasoactifs tels la substance P, le peptide lié au gène de la calcitonine (CGRP) et l'oxyde nitrique, libérés par les nocicepteurs eux-mêmes qui vont conduire à une vasodilatation au niveau des méninges et une inflammation neurogène puis sensibilisation centrale du tronc cérébral par libération de neuromédiateurs inflammatoires, ce qui contribue au déclenchement et au maintien du circuit douloureux [4].

La thérapeutique

La prise en charge de la migraine repose bien sûr sur l'éviction des facteurs déclenchants, le traitement des crises et éventuellement leur prévention par une thérapeutique de fond quotidienne.

Pour limiter la sévérité et la durée de la crise, le traitement devra être pris le plus tôt possible, dès les prodromes. On préconisera le traitement de fond pour diminuer la fréquence des crises et sera prescrit de ce fait en cas de crises fréquentes et invalidantes avec consommation excessive d'antalgiques.

La crise

Pour le traitement de crise, deux classes thérapeutiques sont préconisées :

- non spécifique : anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou aspirine (grade A de preuve scientifique établie selon l'HAS⁵ ou paracétamol seul (Grade C de faible niveau de preuve scientifique) en cas de crise légère à modérée ;
- soit spécifique (triptan ou dérivé ergoté, dihydroergotamine en spray (grade A) ou ergotamine (Grade B de présomption scientifique), en cas de crise sévère d'emblée ou résistant aux AINS.

Quelle que soit l'option, il ne faut pas dépasser huit jours de prise par mois pour éviter l'abus médicamenteux. Les antalgiques opiacés (codéine, tramadol, morphine et autres opioïdes

forts) ne doivent pas être utilisés en raison du risque de surconsommation, voire d'addiction, sans oublier qu'ils peuvent entraîner une céphalée chronique en raison de l'abus médicamenteux (AE)⁶.

Les triptans, traitements spécifiques de la migraine sont des agonistes des récepteurs sérotoninergiques 5HT_{1B/D} et inhibent l'inflammation neurogène et la vasodilatation en agissant sur le système trigéminovasculaire. Chez l'animal, le zolmitriptan par exemple, grâce à son activité agoniste sur les récepteurs 5-HT₁, induit une vasoconstriction et une inhibition de la libération du peptide lié au gène de la calcitonine (CGRP), du peptide vasoactif intestinal (VIP) et de la substance P. Ces deux effets (vasoconstriction et inhibition de la libération de neuropeptides) sont vraisemblablement à l'origine de l'amélioration des crises de migraine. Ils sont contre-indiqués néanmoins en cas d'antécédent de pathologie cardiaque ischémique (infarctus du myocarde, angor, accident vasculaire cérébral, etc.) ou d'accident ischémique transitoire (AIT), de syndrome de Wolff-Parkinson-White, d'hypertension artérielle quelque soit le niveau d'intensité et à éviter également en présence de facteurs de risque ischémique (tabagisme, hyperlipidémie, diabète, hérédité). Les effets indésirables sont habituellement transitoires, apparaissent en début de traitement et disparaissent spontanément touchant essentiellement le système nerveux (sensations anormales ou troubles des sensations, étourdissements, céphalées, hyperesthésie, paresthésie, somnolence, sensation de chaleur, asthénie, sensation d'oppression, myalgies, etc.) et la sphère gastro-intestinale avec les douleurs abdominales, nausée, vomissement, sécheresse buccale, dysphagie.

D'autres traitements de crise spécifiques et non vasoconstricteurs sont à l'étude comme les gépans (antagonistes de la CGRP) ou les ditans (agonistes sérotoninergiques 5HT_{1F}, dérivés des triptans).

Prophylaxie de la migraine

Elle repose sur l'analyse des crises (fréquence, intensité, sévérité, retentissement sur la qualité de vie) et de la consommation médicamenteuse (> 6 à 8 prises mensuelles depuis 3 mois, même efficaces).

Donc, si les crises sont très fréquentes (au moins deux par mois), longues, intenses, mal soulagées, le traitement de fond peut s'envisager. Le délai d'action est de quatre à six semaines et son objectif est la diminution de la fréquence ou de l'intensité des crises. La suppression complète des crises est exceptionnelle.

Aucune molécule n'a démontré de supériorité en termes d'efficacité par rapport aux autres (grade A). En tenant compte des contre-indications et des effets indésirables, on pourra utiliser en première intention les bêtabloquants (propranolol, metoprolol), le topiramate ou l'amitriptyline. En seconde intention les antisérotoninergiques : l'oxétorone ou le pizotifène et en dernière intention la flunarizine [1] qui ont pour effets indésirables surtout la somnolence, la prise de poids, voire les manifestations extrapyramidales.

Il est possible aussi d'utiliser la stimulation magnétique transcrânienne ou stimulation du grand nerf occipital qui fait également leurs preuves chez certains patients. Les impulsions magnétiques modifient le fonctionnement électrique des neurones et préviennent la migraine [7].

La Haute Autorité de Santé française propose aussi les approches non pharmacologiques. La relaxation-sophrologie, le rétrocontrôle biologique (biofeedback) et les thérapies cognitives et comportementales de gestion du stress ont fait preuve d'efficacité (grade B). On peut en faire bénéficier certains patients en fonction de leur profil psychologique. De même, l'acupuncture

peut-être proposée [1,2,8] surtout si le migraineux ne souhaite pas de traitement de fond médicamenteux. Les autres approches non-pharmacologiques (homéopathie, ostéopathie...), en revanche n'ont pas fait la preuve de leur efficacité et de leur intérêt dans le traitement de fond de la migraine.

Observations

Une migraine fronto-orbitaire

Depuis quatre ans, Madame MS, attachée commerciale, présente régulièrement des migraines fronto-orbitaires droites sans aura accompagnées de temps en temps par des nausées mais surtout par des gastralgies avec un pyrosis et une sensation de brûlure dans la gorge. Cette migraine survient deux à trois fois par mois chez une femme de 50 ans dont la fibroscopie a objectivé un reflux gastro-œsophagien traité par quarante mg d'ésoméprazole. Elle ne prend pas de traitement de fond pour la migraine. En revanche en période estivale, en raison d'une lucite solaire, elle prend un anti-histaminique (desloratadine). Son indice de masse corporelle (IMC) est à 30,8 en obésité modérée. Elle présente également une constipation et avoue des pulsions vers le sucre. L'examen de la langue objective une langue pâle avec empreintes des dents. Les pouls sont fins (*xi*) et faibles (*ruo*). Les points choisis à la première séance du 31 mai 2017 correspondent à la piqure *miu* du traitement du *jingbie* du *zuyangming* droit⁹. En effet, cette migraine suit le trajet du méridien d'Estomac, avec des manifestations pathologiques intermittentes, unilatérales à type de syndrome douloureux associé à des signes d'atteinte de l'Entraille (*fu*). D'où la technique du traitement à l'opposé qui utilise les deux points *jing* (puits) ou *jing* distal du couple *yin-yang* gauche de *jingbie*, si l'atteinte est à droite. Piquer les points *jing* à l'opposé permet, d'une part, de rétablir l'équilibre des deux parties du corps droite et gauche par la circulation Viscères (*zang*)/Entrailles (*fu*) ; d'autre part, d'attirer l'Énergie *wei* dans le méridien distinct perturbé, afin de combattre le *xie* (Énergie Perverse) situé en profondeur. Les points utilisés et puncturés avec des aiguilles de 0,18x30 mm sont donc *lidui* ES45 et *yinbai* RA1 à gauche, *xianqu* ES43 et *taibai* RA3 bilatéralement, *neiting* ES44 et *yinlingquan* RA9 à droite (points de tonification saisonniers au printemps¹⁰) [11], *qichong* ES30, *yintang* (PEM), *baihui* VG20 et *chengqi* ES1 (utilisé très superficiellement). Par ailleurs, compte tenu du Vide combiné de Sang et de *qi* de Rate selon la différenciation des syndromes (*bianzheng*), mais aussi du possible Vide du Sang du Foie qui engendre un Vent interne lors de la crise sont rajoutés les points *pishu* VE20, *sanyinjiao* RA6, *taichong* F03, *fengchi* VB20 (stimulé par appareil d'électroacupuncture EA schwa-medico© ; fréquence 2Hz ; durée d'impulsion 0,3ms pendant 20mn), *zhongwan* VC12, *hegu* GI4 (EA à 2Hz) et *zusanli* ES36 bilatéralement (EA à 2 Hz). La recherche du *deqi* est réalisée sur certains points comme le *hegu* G4I, *zusanli* ES36, *sanyinjiao* RA6.

Mme MS est revue dix jours après. Elle a souffert d'une céphalée latente pendant les deux à trois jours qui ont suivi la séance, puis disparition des migraines. Le même traitement est appliqué mais allégé par la suppression des points *taichong* F03, *hegu* GI4, *baihui* VE20, *sanyinjiao* RA6 et *yinlingquan* RA9 droit remplacé par le *yinbai* RA1 droit (point saisonnier en été). Elle est à nouveau revue fin août, lors de la 5^e saison. Le pyrosis a nettement diminué et elle n'a eu que deux migraines. La piqure *miu* est continuée avec le *jiexi* ES41 et *dadu* RA2 points de tonification saisonniers du couple des *jingbie* atteints à droite stimulé par EA à 2Hz.

Le 8 novembre, soit deux mois après la précédente séance, elle est revue à nouveau : trois jours de migraines sur cette période. La piqure *miu* est encore appliquée : les nouveaux points de tonification saisonniers en automne : *zusanli* ES36 (EA à 2Hz bilatéralement) et *taibai* RA3 droit. Mme MS est globalement satisfaite surtout qu'elle a d'elle-même diminué de vingt mg l'ésoméprazole, le pyrosis s'étant bien estompé.

Une migraine temporale

En cas de crise migraineuse, M. SLM prend un triptan (frovatriptan) et/ou un AINS. Le traitement de fond : propranolol à la dose d'½ comprimé matin et ¼ soir, mais en vain car les migraines sont quasi constantes et nécessitent un alitement au moins une à deux fois par semaine. Âgé de trente-cinq ans, il subit ces migraines temporales gauches ou droites depuis l'âge de vingt ans, pouvant entraîner des arrêts de travail itératifs chez cet enseignant anxieux. Sportif, il a été obligé de ralentir ses activités ; de même il évite d'être trop longtemps devant les écrans ou de se coucher tardivement. Il est de corpulence normale avec une IMC à 24,7 pour un poids de 81kg. Il présente souvent des colopathies spasmodiques. Il est allergique aux acariens et du fait d'une myopie a bénéficié d'une chirurgie réfractive de l'œil. Son sommeil est perturbé avec difficulté d'endormissement. Il se réveille très fréquemment le matin, la vue trouble et accompagnée d'une hémicrânie souvent gauche qui va durer toute la journée associée à des nausées. Lors de la première consultation le 11 janvier 2017, il n'est pas en crise mais est resté alité trois jours durant les vacances scolaires et se sent fatigué. La langue est à bords rouges. Les pouls sont faibles (*ruo*) et profonds (*chen*), sans doute rapides (*shuo*) mais ininterprétables du fait de la prise du bêtabloquant (propranolol). Le Vide de *yin* des Reins peut engendrer des céphalées déclenchées et aggravées par l'anxiété et peuvent se manifester sur le trajet du méridien du *zushaoyang* (Vésicule Biliaire) quand un *yang* de Foie est extériorisé. Le traitement a consisté donc à agir sur le Vide de *yin* des Reins pour éviter l'élévation du *yang* de Foie : *baihui* VG20, *shenshu* VE23, *taixi* RE3, *zhaohai* RE6 (EA à 2Hz), *fengchi* VB20 (EA à 2Hz), *taiyang* (PEM), *shuaigu* VB8, *jiaosun* TR20, *xuanzhong* VB39 (EA à 2Hz), *yanglingquan* VB34 (EA à 2Hz). Les aiguilles sont identiques au cas précédent, de même l'appareil d'électroacupuncture.

Il est revu huit jours après, expliquant que la séance précédente avait déclenché une grosse migraine gauche avec aura le lendemain ayant perduré deux à trois jours ; puis, quatre jours sans. Le même traitement est appliqué. Il est à nouveau revu le deux mars 2017, en début de d'hémicrânie gauche accompagnée de quelques nausées. Durant cette période d'un mois et demi, il a bénéficié de quinze jours sans aucune migraine. Il a même repris la course à pied. Les bords de la langue sont toujours rouges, le corps rouge. Les pouls sont tendus (*xian*). Un traitement de la crise est entrepris utilisant la piqure *miu* du méridien atteint *zushaoyang*, un des deux méridiens atteints du couple *yin-yang* (Foie-Vésicule Biliaire). Sont puncturés et laissés en place pendant 20 mn à droite les points *jing* : *dadun* FO1 et *zuqiaoyin* VB44 ; les points *shu* bilatéralement : *taichong* FO3 et *zulinqi* VB41 (en EA à la fréquence de 2Hz en alternance avec celle de 100Hz (2/100 Hz) ; durée d'impulsion 0,3ms pendant 20mn) ; les points de tonification saisonniers (printemps) du *jingbie zushaoyang* atteint à gauche ainsi que celui du méridien couplé *zujueyin* : *xiaxi* VB43 et *ququan* FO8 ; les points « *ashi* » temporaux gauches douloureux ici au *taiyang*, *tianchong* VB9 et *shuaigu* VB8 ; les points de jonction : *qugu* VC2 et *tongziliao* VB1 ; *fengchi* VB20 (EA à 2/100Hz) et *xuanzhong* VB39 (EA à 2/100Hz). Il est revu deux fois de suite à huit jours, puis trois autres à quinze jours

d'intervalle. Un traitement similaire est toujours appliqué en tenant toujours compte de la latéralité de la dernière crise, de la théorie des points saisonniers mais aussi de celle des *ziwu liuzhu*¹² [7] mais avec une EA à la fréquence de 2Hz, du fait qu'il ne sera plus vu en période de crise. Revu fin mai, il signale cinq crises gauches durant cette période de trois mois, mais sans aura et avec juste un état nauséeux supportable. Durant l'été et jusque fin août, il subit plusieurs hémicrânes droites, dont une avec trouble de la vue, mais très nettement supportables. Il a perdu du poids : 73kgs et s'est remis de manière régulière à la course à pied. Il déclare être très satisfait : il est passé de migraines quasi quotidiennes à une à deux migraines par mois très nettement gérables. Il est préconisé de réaliser une séance par mois.

Discussion

Ces deux cas cliniques parmi tant d'autres, objectivent que l'acupuncture a toute sa place dans l'arsenal thérapeutique de la migraine comme le préconisent autant la Société Française d'Étude des Migraines et des Céphalées (SFEMC) que les organismes de santé d'État (HAS, INSERM) [1,2,6]. Notons cependant l'ambiguïté de SFEMC qui sur leur site grand public mentionne que l'acupuncture peut être proposée alors que dans leurs recommandations, elle signale que les données de la littérature ne sont pas concluantes [13]. D'autre part, leurs recommandations initialement élaborées à la demande de la HAS, ont été totalement récusées par ce même organisme du fait que la majorité des membres du groupe de travail déclarait des liens d'intérêt importants avec les laboratoires pharmaceutiques. La SFEMC avait donc décidé de produire en son nom propre ces recommandations [14]. Malgré tout, les données de la médecine factuelle ont permis en 2021 que les recommandations de la SFEMC évoluent favorablement en faveur de l'acupuncture [15]. Ainsi à la question : quelle est l'efficacité de l'acupuncture dans la prévention de la migraine ? La réponse : « l'acupuncture peut être efficace par rapport au placebo dans la prophylaxie à court terme de la migraine épisodique (niveau de preuve moyen), et présente une efficacité similaire et moins d'effets secondaires que de nombreux agents pharmaceutiques standards. Les études à long terme de l'acupuncture dans la migraine épisodique et dans la migraine chronique font défaut ».

Tout d'abord, voyons les mécanismes physiopathologiques de l'action de l'acupuncture dans les migraines ? Puis dans un second temps, quelles sont les preuves apportées par les méta-analyses et essais comparatifs randomisés (ECR) ? Enfin, dans un troisième temps, on discutera de la physiopathologie selon la médecine chinoise et de la thérapeutique acupuncturale.

Mécanismes physiopathologiques de l'acupuncture ou de l'électroacupuncture

Action sur la dépression corticale envahissante

L'électroacupuncture agirait sur la dépression corticale envahissante et sur la concentration en peptide lié au gène de la calcitonine plasmatique (CGRP) et en substance P (SP). En effet, l'EA à une fréquence alternée de 2/100Hz appliquée sur les points *yanglingquan* (VB34) et *taichong* (FO3) bilatéralement lors d'une provocation d'une crise migraine par injection de 3mmol/L de KCl dans le cortex cérébral de rats randomisés en trois groupes (N=30) témoin, modèle de rats migraineux et EA, supprime de manière statistiquement significative ($p<0,01$) la dépression corticale envahissante versus groupe modèle. De même, les taux plasmatiques de CGRP et de SP diminuaient considérablement dans le groupe EA versus groupe modèle et

groupe témoin (respectivement $p < 0,05$; $p < 0,001$), suggérant de ce fait un effet inhibiteur de l'EA sur les substances provoquant la douleur [16].

Inhibition du système trigéminovasculaire et de l'inflammation neuronale

Une autre étude montre que les effets anti-nociceptifs de l'EA dans la migraine seraient associés au récepteur cannabinoïde de type 1 (CB1)¹⁷[18,19]. L'EA interviendrait en inhibant l'inflammation neurogène par un mécanisme impliquant l'activation des récepteurs CB1. Cela a été démontré dans une étude expérimentale sur un modèle de migraine chez le rat induit par la stimulation électrique unilatérale du ganglion du trijumeau (SEGT). L'EA était délivrée sur les points *fengchi* 20VB et *waiguan* 5TR à la fréquence 2/15Hz et appliquée tous les jours pendant 30mn au cours des cinq jours précédant la SGET. Les auteurs constataient alors que les concentrations sériques de CGRP et de PGE2 étaient diminuées dans le groupe EA ($p < 0,001$ par rapport aux autres groupes de rats traités uniquement par acupuncture minimale, placebo ou groupe témoin. Par ailleurs, une molécule antagoniste des récepteurs CB1 atténuait cette diminution associée à l'EA, ce qui signifie que des effets anti-inflammatoires de l'EA sont médiés par les récepteurs CB1 dans un modèle de migraine chez le rat [20].

Sensibilisation centrale et contrôles inhibiteurs descendants

Le système modulateur de la douleur descendante du tronc cérébral, comprenant la substance grise périaqueducale (PAG), le noyau raphe magnus (NRM) et le noyau trijumeau caudalis (NTC), pourrait être impliqué dans la physiopathologie de la migraine. Quarante rats mâles Sprague-Dawley ont été assignés au hasard à l'un des quatre groupes suivants : un groupe EA (stimulation à une fréquence de 2Hz alternée à celle de 15Hz sur le point *fengchi* VB20 bilatéralement ; un groupe factice d'acupuncture (SA : acupuncture manuelle sur un non-point d'acupuncture) ; un groupe modèle de migraine témoin sans aucun traitement) ; et un groupe contrôle témoin sans migraine et sans aucun traitement. On observe une augmentation significative du nombre moyen de neurones c-Fos dans les groupes PAG, NRM et NTN dans le groupe modèle de migraine versus groupe témoin ($p < 0,001$) et des troubles du comportement en rapport avec la douleur (figure 1). Tout ceci est significativement atténué par le traitement EA ($p < 0,001$ au niveau immunocytochimique ; $p < 0,01$ pour le comportement). Le prétraitement EA améliore donc un modèle de migraine récurrente chez le rat, sans doute également par modulation des voies descendantes du tronc cérébral [21].

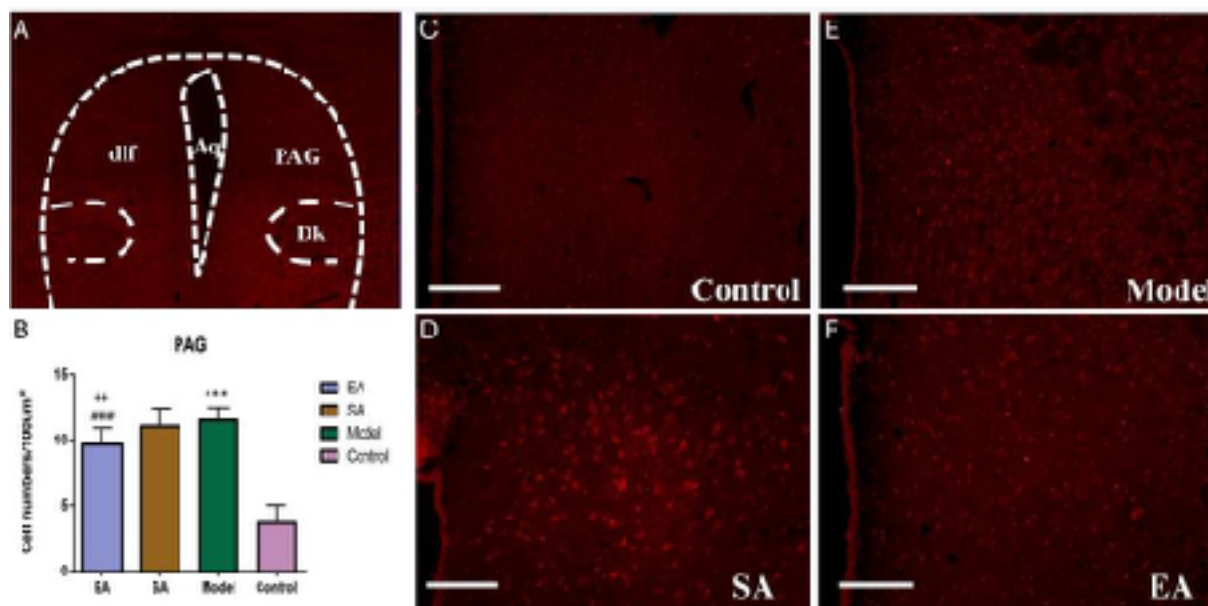


Figure 1. Distribution immunocytochimique des cellules positives au c-Fos dans la région grise périaqueduc (PAG) (A) et nombre de cellules positives pour 100 µm² (B) chez 40 rats qui ont subi une implantation d'électrodes suivie d'aucune stimulation (groupe contrôle témoin, n=10) ou stimulation électrique répétée durale (n=30) sans traitement (groupe modèle, n=10), prétraitement par électroacupuncture (groupe EA, n=10) ou un prétraitement d'acupuncture fictif (groupe SA, n=10). Des images représentatives montrent un marquage c-Fos relativement clairsemé dans le groupe témoin (C) et un groupe EA (F) et un marquage c-Fos relativement intense dans le groupe SA (D) et le groupe modèle (E). Barre d'échelle = 200 µm. Les données sont présentées en moyenne ± écart-type. *** p < 0,001 vs groupe témoin. ### p < 0,001 vs groupe de modèles. ++ p < 0,01 par rapport au groupe SA. Aq, aqueduc (Sylvius); Dk: noyau de Darkschewitsch ; dlf, fascicule longitudinal dorsal (Graphique issu de [15], distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0) license.

Sensibilisation centrale et vasodilatation

Lors de la migraine, on sait que la stimulation des terminaisons nerveuses du trijumeau autour des vaisseaux sanguins provoque la libération de la substance P, de CGRP et autres substances vasculaires actives entraînant sensibilisation centrale et forte vasodilatation, d'où la douleur. La myosine kinase à chaîne légère (MLCK) et la protéine kinase C sont tous deux impliquées dans ce processus de vasodilatation et vasoconstriction. Zhou et coll. ont donc étudié l'effet de l'action de l'acupuncture au point *fengchi* (VB20) sur l'activation de la MLCK dans l'artère méningée moyenne des rats modélisés pour la migraine. Quarante-quatre rats Sprague-Dawley (SD) femelles en bonne santé ont été répartis au hasard en quatre groupes : le groupe normal témoin, le groupe témoin modélisé (GTM) mais sans traitement, le groupe d'acupuncture *fengchi* VB20 (après modélisation de la migraine : le *fengchi* VB20 est puncturé avec recherche du *deqi* pendant 2mn et maintenu en place pendant 20mn) et le groupe de prévention *fengchi* VB20 (on puncture d'abord le *baihui* VG20 avec recherche du *deqi* pendant 2mn, aiguille laissée en place 20mn puis on déclenche la crise sur ce modèle de migraine par une stimulation électrique). Comparée au groupe normal témoin, l'activation de la MLCK était significativement diminuée dans le groupe GTM (p<0,01), ce qui indique que les migraines aiguës pourraient être associées à une diminution de MLCK en rapport avec le système de signalisation CGRP. Et à la suite de l'action de l'acupuncture autant en prévention qu'en curatif, la MLCK dans l'artère méningée moyenne est statistiquement augmentée (p<0,05), ce qui pourrait indiquer son efficacité dans la prévention et le soulagement des crises de migraine [22].

L'acupuncture associée à l'électroacupuncture permettrait donc à la fois d'intervenir sur les crises mais aussi surtout de manière prophylactique.

Une méta-analyse de la bibliothèque Cochrane a confirmé d'ailleurs en 2009 l'effet de l'acupuncture comme traitement prophylactique de la migraine [23].

Méta-analyses et essais comparatifs randomisés (ECR)

Sur vingt-deux ECR avec 4419 participants, six avaient démontré que l'acupuncture réduisait versus aucune intervention le nombre de jours de céphalées évalué trois à quatre mois après la randomisation. L'effet s'estompait neuf mois après avoir cessé le traitement. Quatorze ECR montraient que l'acupuncture véritable n'était pas plus efficace que l'acupuncture simulée, factice ou placebo. Quatre études objectivaient que l'acupuncture était un peu plus efficace et surtout avait moins d'effets secondaires que les médicaments habituels indiqués en prévention. Ainsi, les auteurs suggéraient que l'acupuncture devait avoir une place seule ou associée aux soins classiques dans la thérapeutique de la crise ou en prophylaxie du fait de son équivalence au traitement usuel mais surtout sans tous leurs effets secondaires.

Le fait que l'intervention feinte soit aussi efficace que la véritable acupuncture pouvait être difficilement interprétable et liée, selon les auteurs à ce que la localisation du point pourrait être d'une importance limitée. Il est fort possible aussi que cette absence de spécificité soit liée à des interventions factices non inertes et/ou des protocoles d'acupuncture non optimum [24,25,26]²⁷.

En 2016, la méta-analyse de 2009 était mise à jour avec recherche des ECR jusqu'en avril 2016 [28].

Vingt-deux essais étaient inclus (N=4985) avec exclusion de cinq essais précédemment inclus, car incluant des personnes souffrant de migraine depuis moins de 12 mois. En revanche cinq nouveaux ECR étaient inclus. L'objectif de cette nouvelle méta-analyse était triple : déterminer si l'acupuncture est 1- plus efficace que l'absence de traitement prophylactique ou de routine ; 2- plus efficace que l'acupuncture factice (placebo) ; et 3- aussi efficace qu'un traitement prophylactique médicamenteux en vue de réduire la fréquence des céphalées chez les adultes atteints de migraine épisodique.

Acupuncture versus absence d'acupuncture et de traitement préventif

L'acupuncture était associée à une réduction statistiquement significative ($p < 0,00001$) de la fréquence des maux de tête après traitement par rapport à l'absence d'acupuncture (quatre essais, 2199 participants ; différence moyenne standardisée (DMS) -0,56 ; intervalle de confiance IC à 95% de -0,65 à -0,48) ; les résultats étaient statistiquement hétérogènes ($\text{Chi}^2=6,96$ $P=0,07$; $I^2=57\%$; preuves de qualité modérée²⁹). Après le traitement, la fréquence de réduction de 50% des migraines était réduite chez 41% des participants traités à l'acupuncture et chez 17% des personnes n'ayant pas été traitées à l'acupuncture (risque relatif RR à modèle fixe : 2,40 ; IC à 95% de 2,08 à 2,76 ; 4 études, 2519 participants) ; il n'y avait pas d'indication d'hétérogénéité statistique ($\text{Chi}^2=3,24$ $P=0,36$; $I^2=7\%$). Malgré cela les auteurs considéraient que ces résultats après traitement fournissaient une preuve de qualité modérée car risque de biais dû au manque d'insu.

Acupuncture versus acupuncture factice

Aussi bien après le traitement (12 ECR, 1646 participants) que lors du suivi (10 ECR, 1534 participants), l'acupuncture était associée à une réduction de la fréquence des migraines par rapport à l'acupuncture factice, statistiquement significative (respectivement $p < 0,0004$) ;

$p < 0,0003$). La différence moyenne à modèle standardisée (DMS) est de -0,18 (IC à 95 % de -0,28 à -0,08 ; $I^2=47\%$; $P=0,04$) après le traitement et -0,19 (IC à 95% de -0,30 à -0,09 ; $I^2=59\%$; $P=0,010$) lors du suivi. Il existe une grande hétérogénéité signifiant cependant des preuves de qualité modérée. Néanmoins, et c'est la grande différence par rapport à la précédente méta-analyse, c'est que ces données suggèrent également la présence d'un effet de l'acupuncture véritable, comparée au traitement factice même si cet effet est faible.

Acupuncture versus traitement médicamenteux prophylactique

L'acupuncture a réduit la fréquence des migraines de manière statistiquement significative ($p < 0,0001$) comparativement à la prophylaxie médicamenteuse (métoprolol, flunarizine ou recommandations de prévention médicale) (DMS -0,25 ; IC à 95% de -0,39 à -0,10 ; 3 ECR, $N=739$; $I^2=0\%$; $P=0,76$), mais cette différence ne s'est pas maintenue ($p=0,08$) lors du suivi (DMS -0,13 ; IC à 95 % de -0,28 à 0,01 ; 3 ECR, $N=744$). Après trois mois, la fréquence de réduction de 50% des migraines se retrouvait chez 57% des participants traités à l'acupuncture et chez 46 % de ceux recevant une thérapeutique préventive (RR à modèle fixe 1,24 ; IC à 95% de 1,08 à 1,44) et après six mois chez 59% et 54%, respectivement RR 1,11 ; IC à 95 % de 0,97 à 1,26 (figure 2).

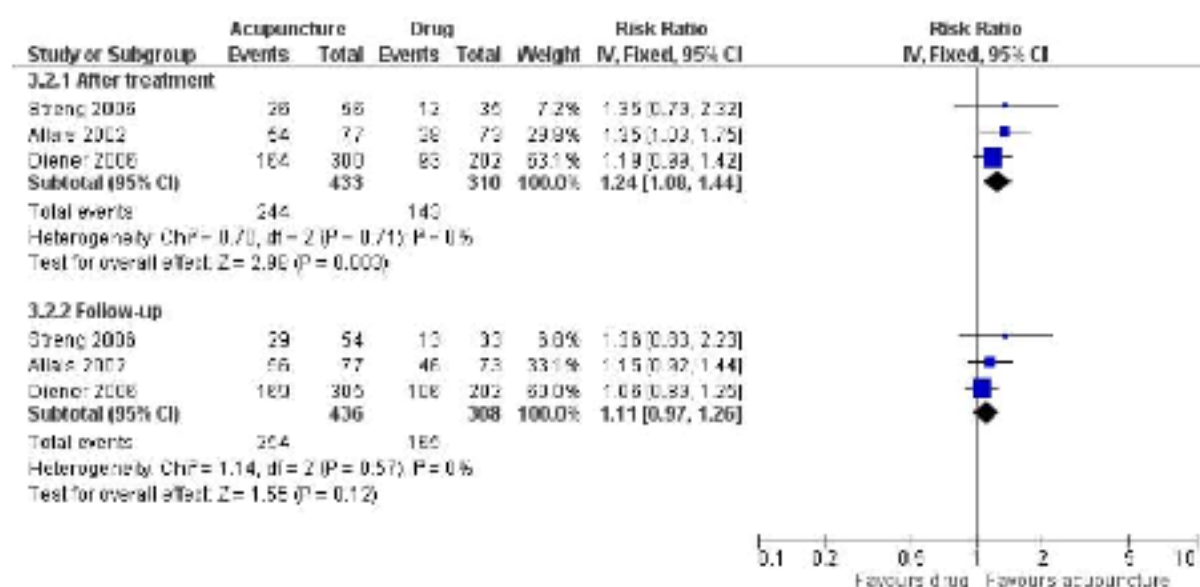


Figure 2. 3.2.1 pour au moins 50% de fréquence de réduction des migraines, l'acupuncture est statistiquement plus efficace ($p=0,003$) versus traitement de fond après 3 mois de traitement ; 3.2.2 : pas d'efficacité significative ($p=0,12$) à 6 mois [21].

Pas d'hétérogénéité des résultats : $I^2=0\%$. Par ailleurs, on remarquait qu'il y avait moins d'effets indésirables chez les patients bénéficiant d'acupuncture. Les auteurs concluaient que l'acupuncture pouvait être considérée comme une option thérapeutique aussi efficace que le traitement à visée prophylactique, surtout chez les personnes ne souhaitant pas ou ne supportant pas le traitement médicamenteux. On peut même rajouter que les données et les conclusions sont en faveur d'une recommandation de l'acupuncture avec un effet spécifique mis en évidence, du fait que l'acupuncture est plus efficace que l'acupuncture factice, placebo.

Les autres méta-analyses

D'autres méta-analyses montrent que l'efficacité à court et à long terme de l'acupuncture est significativement meilleure que celle de la médecine occidentale dans le traitement de la migraine [30,31,32] ; meilleur effet analgésique pour traiter les crises versus acupuncture factice à 2 h (MD=0,36, IC95% : 0,08 à 0,65, P=0 01 ; à 4h : MD=0,49 ; IC95% : 0,14 à 0,84, P=0,007) [33] ; meilleure efficacité de l'acupuncture véritable versus acupuncture factice (risque relatif RR : 0,24, IC 95% 0,15 à 0,38, p <0,0001, quatre ECR) et diminution du taux de récurrence des migraines (RR : 0,47 ; IC à 95% 0,28 à 0,81, p=0,006, deux essais) [34]. Concernant l'électroacupuncture, une méta-analyse de 2019 analysant 13 ECR impliquant 1559 patients, a rapporté que l'EA était supérieure (p<0,05) à un traitement placebo en ce qui concerne la fréquence des migraines (versus médecine occidentale, EA simulée ou groupe témoin) (figure 3), et son efficacité clinique (versus la médecine occidentale, EA placebo) selon l'échelle visuelle analogique [35].

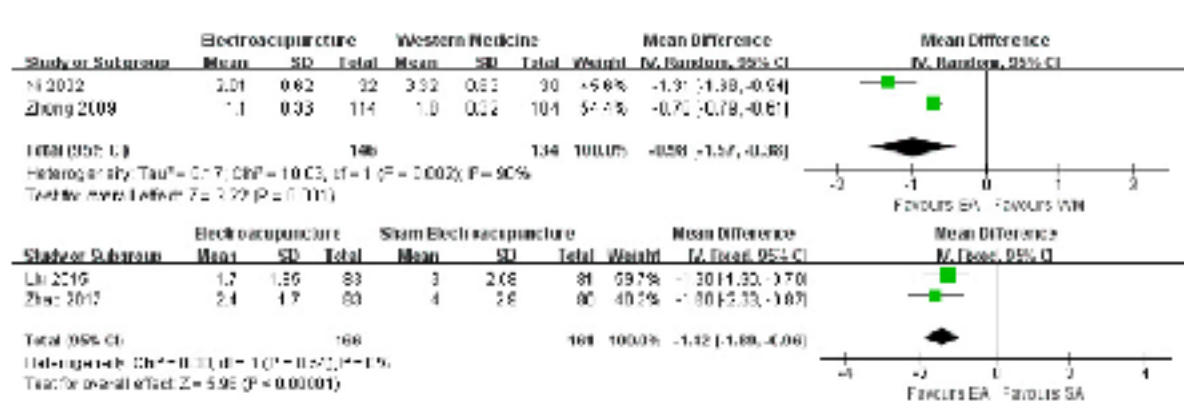


Figure 3. La fréquence des migraines après EA est plus basse que celle retrouvée avec la thérapeutique occidentale (MD différence moyenne : - 0,98 - IC à 95% = -1,57 à -0,38) ; p=0,001), mais grande hétérogénéité I²=90%, non retrouvée dans la comparaison entre EA et EA placebo I²=0%, MD : -1,42 – IC 95% = -1,89 à -0,96).

Quoi qu'il en soit et même s'il était démontré que l'acupuncture était aussi efficace que le traitement de fond médicamenteux, on peut noter qu'elle est encore réfutée car considérée par certains comme thérapeutique placebo [36]. Cet auteur ne tient compte ni de son efficacité spécifique non expliquée par l'effet placebo seul, ni du peu d'effets secondaires de l'acupuncture, ni des études de coût-efficacité réalisées sur ce sujet surtout en Grande Bretagne qui objective un coût moindre que la thérapeutique usuelle [37]. Cependant, Coeytaux et coll. exposent que les effets placebo peuvent contribuer à l'efficacité clinique de l'acupuncture et que dans une perspective d'efficacité purement comparative, les preuves issues des ECR et des méta-analyses démontrent de manière convaincante le rôle potentiellement important de l'acupuncture dans les migraines mais aussi dans les céphalées de tension et autres types de céphalées chroniques [38].

Néanmoins, la recherche clinique continue, preuve cet ECR d'avril 2017 qui objective l'effet à long terme de l'acupuncture dans la prophylaxie de la migraine [39]. Il s'agit d'un ECR à trois bras comparant électroacupuncture avec recherche du *deqi* préalable (séance d'EA 2/100 Hz une fois par jour de 30mn pendant 5 jours consécutifs suivis d'une pause de deux jours pendant quatre semaines) par rapport à l'acupuncture factice et un groupe en liste d'attente, réalisé durant 24 semaines (quatre semaines de traitement puis vingt semaines de suivi). Deux-cent-quarante-neuf participants âgés de 18 à 65 ans souffrant de migraine sans aura, avec une migraine survenant deux à huit fois par mois ont été sélectionnés. Les auteurs objectivaient que la moyenne (SD) de la fréquence des crises de migraine différait

significativement entre les trois groupes à 16 semaines après la randomisation ($p < 0,001$) avec une réduction plus importante des migraines dans le groupe EA que dans celui de l'acupuncture factice ($p = 0,002$) et dans le groupe EA versus liste d'attente ($p < 0,001$). On peut citer aussi de deux autres ECR plus récents objectivant que l'acupuncture manuelle en prévention offre une réduction des symptômes migraineux à court ou long terme [40,41].

En conclusion, les recommandations de bonne pratique données par un groupe d'experts dans la migraine comparant les thérapeutiques disponibles sont largement en faveur de l'acupuncture dans le monde entier [42,43,44,45,46] y compris depuis 2021 en France avec un niveau fort de recommandations : « Chez les patients souffrant de migraine épisodique et demandant des traitements non-pharmacologiques ou n'obtenant pas une efficacité suffisante avec les traitements pharmacologiques, proposer l'acupuncture comme alternative ou complément à la prophylaxie pharmacologique » [10]. Notons que les auteurs ont établi les recommandations françaises à partir de trois revues systématiques ou méta-analyses internationales [21,47,48].

Quelles sont alors les thérapeutiques acupuncturales usuelles, comment traite-t-on la migraine selon la médecine chinoise ?

Étiopathogénie selon la médecine chinoise

On parle de *toutong* pour la céphalée (*tou* signifiant tête et *tong* douleur) et de *piantoutong* pour la migraine (*pian* signifiant unilatéral, partiel) [49]. D'ailleurs, à part quelques auteurs qui en font la distinction [41,50,51], céphalées et migraines font souvent partie en médecine chinoise de la même entité nosologique [52,53,54,55,56,57,58,59].

En effet, c'est au XV^e siècle, que le terme *toutong* est apparu en distinguant les céphalées d'atteinte externe *waigan toutong* de celles d'atteinte interne *neishang toutong* [47] alors que dans le *Suwen* on parlait essentiellement de « Vent de Foie » ou de « Vent de Cerveau » si atteinte par le Vent (*feng*) (SW42 : « Des Vents ») [60].

Les différents auteurs s'accordent pour distinguer deux types de céphalées selon la différenciation des syndromes (*bianzheng*) :

- les céphalées aiguës d'étiologie externe *waigan toutong* par Vent-Froid, Vent-Chaleur ou Vent-Humidité (cela correspondrait aux étiologies fébriles infectieuses comme les états grippaux, les sinusites, etc. et qui ne font pas partie stricto sensu du cadre des migraines) ;
- les céphalées chroniques d'étiologie interne *neishang toutong* par globalement : Stagnation du *qi* du Foie, déficience de Rate-Pancréas ou par insuffisance des Reins.

De nombreux sous-syndromes nosologiques d'étiologie interne ont été reconnus : Feu du Foie, excès de *yang* du Foie, Froid du Foie, Vide des Reins (déficience du *yin*, déficience du *yang*), déficience de *qi*, déficience de Sang, stagnation des Glaires (*yin*) et Mucosités (*tan*), Stase du Sang ; etc. [45,49,50,51].

Cependant, en pratique quotidienne, on peut considérer que seuls deux syndromes sont à identifier dans les céphalées chroniques : Stagnation ou Stase du *qi* du Foie et Vide de Sang et d'Énergie [45,49].

La crise de migraine quant à elle peut être considérée comme des céphalées de type Plénitude en rapport le plus souvent avec le Mouvement Bois (Foie-Vésicule Biliaire) mettant en cause les niveaux *shaoyang* (TR-VB) et *jueyin* (MC-F) [41] ou un syndrome de Stagnation du *qi* du Foie [45,49].

Néanmoins, un autre élément important à prendre en compte est la topographie de la douleur céphalique. Elle pourra établir une correspondance entre Grands Méridiens et collatérales atteints et type de migraine [41,46,47]. Ainsi, classiquement une migraine frontale et sus-orbitaire correspond au *yangming* (GI-E) ; une localisation occipitale avec irradiations dans le cou correspond au *taiyang* (IG-V) ; une localisation temporale, c'est une atteinte du *shaoyang* (TR-VB) ; un siège au sommet du crâne et vers l'œil, on pensera au *jueyin* (MC-F).

Les points, les protocoles de traitement les méthodes les plus fréquemment utilisés dans les migraines

Le traitement de la pathologie migraineuse devra tenir compte autant du caractère aigu de la crise que de la mise en place du traitement de fond en prévention.

Ainsi dans les cas cliniques présentés, on peut distinguer un traitement de fond, mais aussi quelques traitements en phase de crise. Gourion propose par exemple dans son traitement de fond de tonifier les Reins, de rééquilibrer le couple du Mouvement Bois, de régulariser *jueyin*, de régulariser le Sang et le *shen* [41]. Les points utilisés entre autres sont donc : *shenshu* (VE23), *jinmen* (VB25), *taixi* (RE3), *ququan* (FO8), *taichong* (FO3), *yanglingquan* (VB34), *neiguan* (MC6), *dadun* (FO1), *xuehai* (RA10), *zhiyang* (VG9), *geshu* (VE17), *zhangmen* (F013), *zhongwan* (VC12) et *shenmen* (CO7). Pendant la crise, il propose des traitements divers en fonction des caractères étiologiques et topographiques de la crise : traitement du *jingjin* du Méridien de Vésicule Biliaire⁶¹ [62], traitement du *jingbie* de Foie-Vésicule Biliaire [63], traitement du Grand Méridien *jueyin*, traitement du Sang, etc.

Maciocia préfère lui parler de traiter la Racine (*ben*) et la Branche (*biao*) [51]. Ainsi dans les migraines chroniques, l'élévation du *yang* de Foie lors d'une crise correspond à la Branche qui elle-même provient d'une Racine en rapport soit avec un Vide de *yin* des Reins, soit un Vide de Sang du Foie, soit un Vide de *yin* du Foie, soit un Vide de *yang* des Reins, soit un Vent interne. Donc il s'agira souvent de traiter le *ben* en préventif et le *biao* si crise. Il est proposé ainsi de traiter le *biao* par *fengchi* VB20, *baihui* VG20, *hegu* GI4 et en même temps le *ben* par *taichong* FO3, *yanglingquan* VB34, *xiaxi* VB43, *taixi* RE3, *shenshu* VE23, *neiguan* MC6, *ququan* FO8, etc.

On remarquera que de nombreux points sont similaires et même si l'éventail des possibilités thérapeutiques est vaste : Méridiens, niveaux énergétiques des Grands Méridiens, points choisis selon des formules, différenciation des syndromes (*bianzheng*), il peut être judicieux d'appliquer des protocoles simples comme l'ont proposé certains auteurs [45,49,50]. Le point commun de tous ces protocoles est l'utilisation systématique des points : *fengchi* VB20, *hegu* GI4 et *taiyang* auxquels il faut rajouter les points souvent locaux.

Il est alors intéressant de connaître les points utilisés au cours des ECR.

Au cours du congrès de la Society for Acupuncture Research (SAR), le Professeur Lixing Liao de Hong-Kong a exposé suite à une revue de littérature d'acupuncture médicale chinoise qu'au cours de dix dernières années le choix des points utilisés en Chine était le plus souvent basé sur l'identification des syndromes selon la théorie des Méridiens (41%), les formules (15%), les organes-entrailles (*zangfu* 臟腑 [脏腑]) (7%) qui correspond à la différenciation des syndromes (*bianzheng*), et enfin les six niveaux qui correspond au concept des niveaux énergétiques des Grands Méridiens (2%). Par ailleurs, six études sur dix appliquent un protocole fixe stéréotypé [64].

On constate ainsi dans le tableau I ci-dessous concernant les ECR ayant fait preuve d'une efficacité dans les migraines que les auteurs utilisent toutes les possibilités de traitement. Mais effectivement il en ressort que la théorie des méridiens obtient davantage les faveurs des auteurs avec 36% des ECR. On vérifie d'autre part que les points les plus utilisés sont : *fengchi* VB20, *hegu* GI4 et *baihui* VG20, confirmant le dénominateur commun à tous les traitements.

Tableau I. Les points et les méthodes les plus utilisées dans les principaux ECR ayant objectivé une efficacité.

Points choisis selon la théorie des Méridiens	
Xu 2020 [33]	Acupuncture manuelle avec puncture bilatérale selon formule de base : <i>hegu</i> (4GI), <i>taichong</i> (3F), <i>taiyang</i> (EX-HN5), <i>fengchi</i> (20VB), <i>shuaigu</i> (8VB) et points additionnels selon le théorie des méridiens : <i>touwei</i> (8E) si migraine correspondant au méridien <i>yangming</i> ; <i>tianzhu</i> (10V) si migraine sur le territoire du <i>taiyang</i> ; <i>baihui</i> (20VG) pour migraine type <i>jueying</i> .
Zhao 2017 [31]	EA sur quatre points : 20VB et 8VB systématiquement et les deux autres points choisis en fonction de la différenciation de l'atteinte du méridien lors de la migraine : 5TR, 34VB, 60V, 3IG, 4GI, 44E, 3F et 40VB
Ceccherelli []	2V, 10V, 60V, 3VB, 20VB, 11VG, 20VG, 3F, 13VC, <i>yintang</i> , 8E
Li 2009 []	5TR (<i>waiguan</i>), 34VB (<i>yanglingquan</i>), 40VB (<i>qiuxu</i>), 20TR (<i>jiaosun</i>) et 20VB (<i>fengchi</i>)
Streng 2006 []	Points individualisés selon atteinte méridienne
Vickers 2004 []	Points individualisés
Linde 2005 []	20VB, 40VB ou 41VB ou 42VB, 20VG, 3F, 3TR ou 5TR, <i>taiyang</i>
Zhao 2014 []	5TR, 20VB, 34VB, 40VB
Melchart 2003 []	20VB, 15VB (<i>linqi</i>), 14VB (<i>yangbai</i>), 10VB (<i>fubai</i>), 8VB (<i>shuaigu</i>), 20VG, 9MC (<i>taiyang</i>), 4GI (<i>hegu</i>), 5TR (<i>waiguan</i>), 41VB (<i>zulinqi</i>), 3F (<i>taichong</i>) et autres points éventuellement ajoutés en fonction des symptômes associés.
Points choisis selon formules	
Alecrim 2006 []	Protocole semi-standardisé : 12VB, 20VB, 21VB et 10V
Allais 2002 []	3F (<i>taichong</i>), 6Rt (<i>sanyinjiao</i>), 36E (<i>zusanli</i>), 12VC (<i>zhongwan</i>), 4GI (<i>hegu</i>), 6MC (<i>neiguan</i>), 20VB (<i>fengchi</i>), 14VB (<i>yangbai</i>), <i>taiyang</i> , 20VG (<i>baihui</i>)
Linde M 2004 []	8VB, 20VB, 4GI, 3F, 6Rt + 14VB, <i>taiyang</i> ou 10V dépendant du site de douleur maximale.
Wallasch []	4GI, 6Rt, 5TR, 41VB, 3IG, 62V, 20VG, 20VB, <i>taiyang</i> , 23TR, 3F, 3R
Traitement fondé sur la différenciation des syndromes <i>bianzhenglunzhi</i> 辨證論治	
Alecrim 2008 []	Selon la différenciation des syndromes (<i>bianzheng</i>)
Diener 2006 []	Selon la différenciation des syndromes (<i>bianzheng</i>)
Faco 2008 []	Selon la différenciation des syndromes (<i>bianzheng</i>)

Faco 2013 []	Selon la différenciation des syndromes (<i>bianzheng</i>) ; en cas d'attaque par les énergies perverses : 20VB, 8E, EX-HN5 (<i>taiyang</i>), plus 8VB, 12V, 60V dans le syndrome de Vent-Froid ; et 5TR et 14VG dans le syndrome Vent-Chaleur, et 40E, 6Rt et 12VC dans le syndrome Vent-Humidité. Pour les syndromes internes : a) hyperactivité des points d'acupuncture <i>yang</i> du Foie : 8VB, 20VB, 38VB, 8E, 3F, 4F, EX-HN5 ; b) obstruction du réchauffeur moyen en raison de Glaires-Humidité : 8E, 40E, 9Rt, 23VC, 12VC, EX-HN5 ; c) Vide de <i>jing</i> de Rein : 12VB, 20VB, 10V, 12V, 23V, 3R ; stagnation du <i>qi</i> et du Sang : 8VB, 20VB, 6Rt, 10Rt, 3F, EX-HN5, plus points <i>ashi</i> sur le méridien de VB
Linde M 2000 []	40VB, 14VB, 20VG, 4GI et 44E et selon la différenciation des syndromes (<i>bianzheng</i>)
Wang 2015 []	20VB, <i>taiyang</i> , 8VB, 4GI pour tous et points supplémentaires selon les <i>bianzheng</i> 20VG, 2F, 3F, 3R, 39VB, 6Rt
Musil 2018 [32]	Selon la différenciation des syndromes (<i>bianzheng</i>) : Excès de <i>yang</i> du Foie : 20VB (<i>fengchi</i>), <i>taiyang</i> , 8VB (<i>shuaigu</i>) et les points optionnels : <i>baihui</i> (20VG), <i>xingjian</i> (2F), <i>taichong</i> (3F), <i>taixi</i> (3R), <i>xuanzhong</i> (39VB), <i>sanyinjiao</i> (6Rt) ; Vide de Sang et d'Énergie : <i>hegu</i> (4GI) et les points optionnels : <i>baihui</i> (20VG), <i>shangxing</i> (23VG), <i>zusanli</i> (36E), <i>sanyinjiao</i> (6Rt) ; Stagnation des glaires par attaque du Vent : <i>fenglong</i> (40E), <i>zhongwan</i> (12VC), <i>yinglingquan</i> (9Rt) , Stase du Sang : <i>sanyinjiao</i> (6Rt), <i>xuehai</i> (10Rt) et points <i>ashi</i>
Traitement selon le concept des niveaux énergétiques des Grands Méridiens	
Li 2012 []	1) groupe de traitement avec atteinte spécifique à <i>shaoyang</i> : 5TR, 34VB, 40VB, 20VB ; groupe 2) groupe de traitement avec atteinte non spécifique à <i>shaoyang</i> : 19TR, 8TR, 33VB, 42VB ; groupe 3) groupe de traitement avec atteinte spécifique à <i>yangming</i> : 8E, 6GI, 36E, 42E. Électroacupuncture sur tous les points
Wang 2012 []	Les points obligatoires inclus 20VG (<i>baihui</i>), 24VG (<i>shenting</i>), 8E (<i>touwei</i>), 8VB (<i>shuaigu</i>) et 20VB (<i>fengchi</i>). Selon différents syndromes des Grands Méridiens, les points supplémentaires pourraient être choisis individuellement : 5TR (<i>waiguan</i>) et 34VB (<i>yanglingquan</i>) pour la migraine de type <i>shaoyang</i> (TR-VB) ; 4GI (<i>hegu</i>) et 44E (<i>neiting</i>) pour la migraine <i>yangming</i> (GI-E) ; 60V (<i>kunlun</i>) et 3IG (<i>houxi</i>) pour les migraines <i>taiyang</i> (IG-V) ; 3F (<i>taichong</i>) et VB40 (<i>qixu</i>) pour l'atteinte <i>jueyin</i> (MC-F) ; 6MC (<i>neiguan</i>) si nausées et vomissements ; et 3F en cas de troubles de l'humeur ou susceptibilité à la colère.
Wang 2012 []	Les points obligatoires inclus 20VG (<i>baihui</i>), 24VG (<i>shenting</i>), 8E (<i>touwei</i>), 8VB (<i>shuaigu</i>) et 20VB (<i>fengchi</i>). Selon différents syndromes des Grands Méridiens, les points supplémentaires pourraient être choisis individuellement : 5TR (<i>waiguan</i>) et 34VB (<i>yanglingquan</i>) pour la migraine de type <i>shaoyang</i> (TR-VB) ; 4GI (<i>hegu</i>) et 44E (<i>neiting</i>) pour la migraine <i>yangming</i> (GI-E) ; 60V (<i>kunlun</i>) et 3IG (<i>houxi</i>) pour les migraines <i>taiyang</i> (IG-V) ; 3F (<i>taichong</i>) et VB40 (<i>qixu</i>) pour l'atteinte <i>jueyin</i> (MC-F) ; 6MC (<i>neiguan</i>) si nausées et vomissements ; et 3F en cas de troubles de l'humeur ou susceptibilité à la colère.
Autre traitement : points gâchettes ou trigger points ou <i>ashi</i>	
Hesse 1994 []	Points <i>ashi</i>

Dans les cas cliniques présentés dans cet article, le choix de points correspond à un traitement plus individualisé qui associe une thérapie complexe utilisant à la fois la théorie des Méridiens, le traitement fondé sur la différenciation des syndromes *bianzhenglunzhi* 辨證論治, la chronoacupuncture, sans oublier l'électroacupuncture.

La thérapie de la théorie des Méridiens

Notons que la thérapeutique de la théorie des Méridiens répond ici à une technique typiquement française car utilise le traitement des vaisseaux secondaires des Méridiens et en particulier celui des *jingbie* ou Méridiens Distincts 經別 [經別]. Bien décrite et connue par les

auteurs français [41,44] et même utilisé en milieu hospitalier [43], la piqûre *miu* l'est beaucoup moins des auteurs des ECR étrangers car sans doute plus difficile aussi à mettre en œuvre. Par ailleurs, elle reste sujette à controverse en France [54,65]. On sait ainsi que selon le *Zhenjiu jiyi jing* de Huangfu Mi, chapitre : « La piqûre *miu* » traduit par Milsky et Andrès [66], les vaisseaux secondaires peuvent représenter aussi les vaisseaux *luo* (*luomai* 絡脉 [络脉]). De même Husson les appelle les vaisseaux secondaires, « vaisseaux de liaison » ou « grandes liaisons » selon le cas [67] et Wang et col. les nomment méridiens secondaires de communications [68]. On peut donc dire que cette technique de la piqûre *miu* est peu usitée car peu ou pas connue des auteurs des ECR qui lui préfèrent nettement un traitement plus classique des Méridiens par les points *shu* antiques, les couples des huit Merveilleux Vaisseaux, etc.

L'électroacupuncture

Les paramètres de l'EA ont été appliqués en fonction des données issues de l'acupuncture expérimentale [11,14,15,69]. La fréquence basse de 2Hz avec une intensité maximale en dessous du seuil de la douleur pendant 20mn a été utilisée dans le traitement de fond. Outre le fait d'avoir un effet anti-nociceptif spécifique dans la migraine en rapport avec l'activation du récepteur cannabinoïde de type 1 (CB1), permettant l'inhibition de l'inflammation neurogène [14], elle a une action également spécifique sur la sensibilisation centrale et les contrôles inhibiteurs descendants dans la migraine [15], mais aussi moins spécifique sur le GABA, les enképhalines, la sérotonine (5HT) et la noradrénaline, neurotransmetteurs tous impliqués dans les contrôles inhibiteurs descendants supraspinaux [81,70].

La fréquence de 2Hz en alternance avec la fréquence rapide de 100Hz avec les mêmes paramètres en intensité et en durée, est utilisée lors des crises. Elle est préférée à la fréquence uniquement rapide de 100Hz préconisée par Cuignet [81] car les études expérimentales montrent son action spécifique sur la dépression corticale envahissante et sur son inhibition de la concentration en peptide lié au gène de la calcitonine plasmatique (CGRP) et en substance P (SP) [11] mais aussi son action non spécifique sur les algies [71].

La chronoacupuncture

Considérée comme une thérapeutique absconse car difficile d'accès [7,72], elle n'en est pas moins importante à connaître car améliore de façon très notable les résultats thérapeutiques. Quelques études de cas cliniques ont déjà démontré son intérêt [73,74]. Chez les rates gravides en fin de grossesse, la stimulation des points clés fermés selon la méthode de *linggui bafa* (灵龟八法 : huit méthodes de la tortue magique), concernant l'utilisation des points-clés des huit Merveilleux Vaisseaux peut réduire davantage les contractions utérines que le traitement classique [75] ; tout comme elle donnera de meilleurs résultats chez l'être humain dans le traitement des gastrites chroniques superficielles [76,77], en cas de dépression post-accident vasculaire cérébral [78] ou dans la prévention des arythmies cardiaques [79].

Le traitement acupunctural selon la théorie des *ziwu liuzhu* a permis aussi de montrer son bénéfice dans un ECR concernant le déficit fonctionnel et neurologique des maladies cérébrovasculaires ischémiques [80] mais aussi dans les ischémies myocardiques post accident vasculaire cérébral [81]. Dans un ECR (n=190), la sélection des points puncturés selon la méthode de *najia* de *ziwu liuzhu* qui propose de puncturer les points aussi en fonction des tables des Troncs Célestes, en plus de l'horaire, a permis d'améliorer de manière statistiquement significative ($p<0,05$) les scores de la déficience fonctionnelle neurologique,

l'état de la capacité de vie totale, les indices rhéologiques sanguins et l'efficacité clinique globale chez les personnes ayant eu un AVC versus groupe AVC ayant bénéficié de l'acupuncture habituelle. Le traitement a été effectué ainsi durant la période de la Branche Terrestre *chen* (7h00-9h00) à la période *si* (9h00-11h00) [82].

La recherche concernant la chronoacupuncture se poursuit en Chine et en particulier sur la théorie des *ziwu liuzhu* [83]. Cependant, de plus en plus grâce aux progrès sur l'étude des rythmes circadiens, on s'aperçoit de la justesse des observations des sciences médicales chinoises. Ainsi le système de synchronisation circadien adapte la majeure partie de la physiologie et du comportement des êtres vivants au cycle lumière / obscurité des 24 heures. Cette coordination temporelle repose sur des horloges circadiennes endogènes présentes dans pratiquement tous les tissus et organes et impliquées dans la régulation de processus cellulaires clés tels que le métabolisme, le transport et la sécrétion [84]. Les conséquences d'une perturbation de ces cycles sont nombreuses pouvant déclencher diabète, obésité, maladies cardiovasculaires, cancer, etc. [85,86]. Mais plus intéressant et se rapprochant de la théorie des *ziwu liuzhu* est l'étude des possibilités de traitement selon ces rythmes. Ainsi une étude française toute récente objective que la lésion myocardique périopératoire lors d'un remplacement valvulaire aortique est orchestrée par l'horloge circadienne et en particulier le gène *Rev-Erbα*⁸⁷ [88] et que son antagonisme semble être une stratégie pharmacologique de cardioprotection. Et de ce fait, ils ont démontré dans une étude observationnelle prospective monocentrique de patients (n=596) présentant une sténose aortique sévère et une fraction d'éjection ventriculaire gauche préservée (>50%) qu'il était préférable de réaliser le remplacement chirurgical de la valve aortique l'après-midi plutôt que le matin. En effet, la libération de troponine T était significativement plus faible dans le groupe de l'après-midi que dans le groupe du matin (p=0,045) et que le récepteur nucléaire *Rev-Erbα* était en revanche plus élevé le matin. Ainsi la protection myocardique périopératoire est meilleure si la chirurgie est réalisée l'après-midi [89]. Cela correspond à la marée énergétique des branches Terrestres *wu* (Cœur) entre 11h et 13h et *wei* (Intestin Grêle) entre 13 et 15h, ce qui correspond en fonction de l'heure légale en hiver (1 h en avance par rapport à la course solaire) entre 12h et 16h et 13h-17h en été (2 heures en avance).

Conclusion

Au terme de cette synthèse réalisée à partir de deux cas cliniques, l'acupuncture quelle que soit la théorie de médecine chinoise appliquée (Méridiens, niveaux énergétiques des Grands Méridiens, points choisis selon des formules, différenciation des syndromes *bianzheng*) a fait la preuve de son efficacité selon les critères de la médecine factuelle fondée sur les preuves, autant versus acupuncture factice ou placebo que thérapeutique usuelle dans les migraines. Le rapport coût-efficacité qui analyse de façon comparative l'efficacité et les coûts de deux stratégies de santé, même s'il n'a pas été étudié en France est nettement favorable à l'acupuncture par rapport aux traitements médicamenteux dans certains pays, et cela sans effets indésirables tels qu'ils sont rapportés avec de nombreuses molécules thérapeutiques. Un plus est apporté par l'électroacupuncture et l'utilisation de la chronoacupuncture. On ne peut donc que recommander son utilisation autant dans les crises que dans le traitement de fond avec un grade A de preuve scientifique établie selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé française (HAS).



Dr Jean-Marc Stéphan

Coordinateur du DIU acupuncture obstétricale – Université de Lille-
Faculté de Médecine Chargé d'enseignement à la faculté de médecine de
Rouen

Directeur de la revue « Acupuncture & Moxibustion »

Président du Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France
(SNMAF)

Secrétaire-Général de l'Association Scientifique des Médecins
Acupuncteurs de France- Ecole Française d'Acupuncture (ASMAF-EFA
Médecin acupuncteur attaché au CHG de Denain 59220

✉: jean-marc.stephan2@univ-lille.fr ; jean-marc.stephan@univ-rouen.fr ;
jm.stephan@acupuncture-medicale.org, jm.stephan@acumedsyn.org

Conflit d'intérêts : aucun

Références

1. Haute Autorité de Santé (HAS). ANAES. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques. Octobre 2002. [Consulté le 02/11/2017]. Disponible à : URL: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_2006_11_27__10_56_57_546.pdf.
2. Ducros A. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). La migraine. Novembre 2013. [Consulté le 4/11/2017]. Disponible à : URL: <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/migraine>.
3. Couraud F, Tournier-Lasserre E. Génétique de la migraine : implication des canaux calciques In: Expertise collective. La Migraine : Connaissances descriptives, traitements et prévention. 1ed. Paris: Editions INSERM; 1998. p. 131-139.
4. Sutherland HG, Griffiths LR. Genetics of Migraine: Insights into the Molecular Basis of Migraine Disorders. Headache. 2017;57(4):537-569.
5. HAS. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - État des lieux. 2013. [cité le 06/11/2017]. Available from URL : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf.
6. AE : l'accord d'experts correspond, en l'absence de données scientifiques disponibles, à l'approbation d'au moins 80% des membres du groupe de travail.
7. Neverdahl JP, Omland PM, Uglem M, Engstrøm M, Sand T. Reduced motor cortical inhibition in migraine: A blinded transcranial magnetic stimulation study. Clin Neurophysiol. 2017;128(12):2411-2418.
8. Société Française d'études des migraines et céphalées (SFEMC). Comment traiter la migraine. [Consulté le 10/11/2017]. Disponible à : URL: <http://sfemc.fr/maux-de-tete/la-migraine/7-comment-traiter-la-migraine.html>.
9. Le traitement d'une attaque de *xie* dans les *jingbie* consiste à 1) punter les deux points *jing (ting)* du couple *yin-yang* du côté opposé au *jingbie* atteint ; 2) punter bilatéralement les points *shu (yu)* du couple des *jingbie yin* et *yang* ; 3) punter le point de tonification du *jingbie* atteint ainsi que celui du méridien couplé ; 4) disperser les points « *ashi* » au niveau de la zone douloureuse ; 5) punter les points de jonction (ou d'union) ; 6) piquer le point « cent réunions » : 20VG (*baihui*).
10. La théorie des points saisonniers, une des théories de la chronoacupuncture, permet de déterminer des points de tonification et de dispersion en fonction de la saison. En effet, les points de tonification et de dispersion habituellement utilisés ne le sont qu'en fonction de leur mouvement et sont en relation directe avec le point Racine (*Penn* ou *ben*). De ce fait, ces points ne sont réellement efficaces que dans leur mouvement. La méthode permettant de les trouver ne se préoccupe pas de la saison. Intérêt donc de la théorie des points saisonniers qui montre que l'activité énergétique des points varie selon la saison au cours de laquelle le patient est traité.
11. Stéphan JM. Traitement informatique de la théorie des Zi Wu Liu Zhu associée à celle des points saisonniers. Application aux techniques thérapeutiques des *jingjin*, des *jingbie* et à la méthode de Yanagiya Sorei. Méridiens. 1991;93,15-63.

¹². La théorie des *ziwu liuzhu* concerne la circulation du *qi* et du *xue* dans les méridiens à des heures précises du jour et de la nuit. Cela consistera, en fonction de chaque heure définie par une Branche Terrestre qui se trouve en corrélation avec un Méridien principal à tonifier son organe en vide ou à disperser son organe en plénitude en piquant le point horaire concerné. On utilise la Branche Terrestre de l'heure ou de l'heure couplée selon la méthode « midi-minuit », par exemple le Méridien de Foie est en plénitude entre 1 et 3h solaire, d'où son point tonifiant horaire sera le *xingjian* 2F et son point dispersant horaire sera le *ququan* 8F. La théorie des *ziwu liuzhu*, la théorie des points saisonniers, la méthode de *linggui bafa* (灵龟八法 huit méthodes de la tortue magique) qui concerne l'utilisation des points-clés des huit Merveilleux Vaisseaux), ainsi que celle basée sur le *jia* (méthode des points dits ouverts) sont les quatre règles thérapeutiques essentielles de la chronoacupuncture. On tiendra compte de l'heure d'été ou d'hiver. L'heure d'été est en avance de deux heures par rapport à l'heure solaire; l'heure d'hiver l'est d'une seule. Et on remplacera les points de tonification ou de dispersion ayant une action horaire nulle par les points *mu* (tonifiant) ou les points *beishu* du dos (dispersant).

13. Lanteri-Minet M, Valade D, Geraud G, Lucas C, Donnet A. Revised French guidelines for the diagnosis and management of migraine in adults and children. *J Headache Pain*. 2014;15:2.

14. Lanteri-Minet M, Valade D, Geraud G, Lucas C, Donnet A. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant. *Revue Neurologique*. 2013. 169:14-29.

15. Demarquay G, Mawet J, Guégan-Massardier E, de Gaalon S, Donnet A, Giraud P, Lanteri-Minet M, Lucas C, Moisset X, Roos C, Valade D, Ducros A. Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 3: Non-pharmacological treatment. *Rev Neurol (Paris)*. 2021 Jul 30:S0035-3787(21)00620-2.

16. Shi H, Li JH, Ji CF, Shang HY, Qiu EC, Wang JJ, Jing XH. [Effect of electroacupuncture on cortical spreading depression and plasma CGRP and substance P contents in migraine rats]. *Zhen Ci Yan Jiu*. 2010;35(1):17-21.

¹⁷. Un endocannabinoïde est une molécule endogène capable de se lier à un récepteur cannabinoïde et d'activer les voies de transduction du signal auxquelles est couplé le récepteur. Le système endocannabinoïde (EC) comprend deux récepteurs principaux : les récepteurs de type 1 cannabinoïdes CB1 qui se distribuent au niveau du système nerveux central (SNC : hippocampe, système limbique, cortex et hypothalamus) et en périphérie (testicule, utérus, système immunitaire, intestin, vessie, etc.) ; et le récepteur aux cannabinoïdes de type 2 (CB2) présent principalement dans le système immunitaire et dans une moindre mesure au niveau du SNC. Au niveau spinal, les endocannabinoïdes sont efficaces pour inhiber la transmission des fibres nociceptives de petit diamètre, et ils diminueraient la libération de neurotransmetteurs tels que la substance P ou le peptide lié au gène de la calcitonine (CGRP), responsables de la transmission de la douleur. Enfin, au niveau périphérique, les récepteurs CB1 et CB2 jouent un rôle synergique d'inhibition des stimuli nociceptifs.

18. Burston JJ, Woodhams SG. Endocannabinoid system and pain: an introduction. *Proc Nutr Soc*. 2014;73(1):106-17.

19. Gaborit B, Andreelli F. Le système endocannabinoïde : de la physiologie aux potentialités thérapeutiques. *Sang Thrombose Vaisseaux*. 2008;20(3):129-36.

20. Zhang H, He S, Hu Y, Zheng H. Antagonism of cannabinoid receptor 1 attenuates the anti-inflammatory effects of electroacupuncture in a rodent model of migraine. *Acupunct Med*. 2016;34(6):463-470.

21. Pei P, Liu L, Zhao L, Cui Y, Qu Z, Wang L. Effect of electroacupuncture pretreatment at GB20 on behaviour and the descending pain modulatory system in a rat model of migraine. *Acupunct Med*. 2016;34(2):127-35.

22. Zhou P, Wang A, Li B, Liu C, Wang Y. Effect of acupuncture at Fengchi (GB 20) on the activity of myosin light chain kinase in the middle meningeal artery of migraine modeled rats. *J Tradit Chin Med*. 2015 Jun;35(3):301-5.

23. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. Acupuncture for migraine prophylaxis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jan 21;(1):CD001218. doi: 10.1002/14651858.CD001218.pub2. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(6):CD001218.

24. Goret O, Nguyen J. Méta-analyses : 1) l'acupuncture apparaît supérieure au traitement médicamenteux et a un effet additionnel positif dans le traitement de fond de la migraine. 2) L'acupuncture est supérieure aux interventions factices dans les céphalées de tension. *Acupuncture & Moxibustion*. 2009;8(2):109-112.

25. Linde K, Niemann K, Meissner K. Are sham acupuncture interventions more effective than (other) placebos? A re-analysis of data from the Cochrane review on placebo effects. *Forsch Komplementmed*. 2010;17(5):259-64.

26. Lund I, Lundeberg T. Are minimal, superficial or sham acupuncture procedures acceptable as inert placebo controls? *Acupunct Med*. 2006;24(1):13-5.

²⁷. Certains auteurs ont suggéré de ce fait que les interventions avec acupuncture factice avaient des effets plus grands que les placebos qu'ils soient pharmacologiques ou physiques. Ainsi l'acupuncture feinte sur des non-points, surtout appliquée sur le même dermatome, ne semble pas réellement inerte et ne peut être considérée comme placebo car fait intervenir le système limbique.

28. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Fei Y, Mehring M, Vertosick EA, Vickers A, White AR. Acupuncture for the prevention of episodic migraine. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Jun 28;(6):CD001218.

29. Notons qu'il existe une hétérogénéité dans la cohérence des résultats de la méta-analyse objectivé par le test I^2 de Higgins $I^2 = 57\%$, (une valeur $I^2 < 25\%$ indique une hétérogénéité faible, des valeurs comprises entre 25% et 50% une hétérogénéité modérée et une valeur $> 50\%$, une hétérogénéité importante). Le test χ^2 objective une hétérogénéité pas tout à fait significative car $P = 0,07$; serait significative si $P < 0,05$; d'où les preuves de qualité modérée, malgré une différence significative ($p < 0,00001$).

30. Song Q, Zhao SF, Li Li, Shen Y, Wang S. [Meta-analysis on prevention comparison of acupuncture with western medicine for migraine]. *Liaoning Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2016;4:821-826.

31. Yang J, Shen Y, Wang S. [Systematic review on efficacy for migraine treatment by acupuncture and flunarizine]. *World Science and Technology-Modernization of Traditional Chinese Medicine*. 2014;7:1608-161.

32. Zheng SM, Cui H. [Acupuncture for migraine: a meta-analysis]. *Chinese Journal of Information on Traditional Chinese Medicine*. 2012;6:20-23.

33. Pu SX, Tan G, Wang DY, Chen JJ, Jiang L. [Analgesic effect of acupuncture during migraine acute attack period: a meta-analysis]. *Chongqing Medical Journal*. 2016;10:1353-135.

34. Yang Y, Que Q, Ye X, Zheng Gh. Verum versus sham manual acupuncture for migraine: a systematic review of randomised controlled trials. *Acupunct Med*. 2016;34(2):76-83.

35. Li X, Dai Q, Shi Z, Chen H, Hu Y, Wang X, Zhang X, Tian G. Clinical Efficacy and Safety of Electroacupuncture in Migraine Treatment: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Am J Chin Med*. 2019;47(8):1755-1780.

36. Solomon S. Acupuncture for Headache. It's Still All Placebo. *Headache*. 2017;57(1):143-146.

37. Vickers AJ, Rees RW, Zollman CE, McCarney R, Smith CM, Ellis N, Fisher P, Van Haselen R, Wonderling D, Grieve R. Acupuncture of chronic headache disorders in primary care: randomised controlled trial and economic analysis. *Health Technol Assess*. 2004 Nov;8(48):iii, 1-35.

38. Coeytaux RR, Befus D. Role of Acupuncture in the Treatment or Prevention of Migraine, Tension-Type Headache, or Chronic Headache Disorders. *Headache*. 2016 Jul;56(7):1238-40.

39. Zhao L, Chen J, Li Y, Sun X, Chang X, Zheng H, Gong B, Huang Y, Yang M, Wu X, Li X, Liang F. The Long-term Effect of Acupuncture for Migraine Prophylaxis: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2017;177(4):508-515.

40. Musil F, Pokladnikova J, Pavelek Z, Wang B, Guan X, Valis M. Acupuncture in migraine prophylaxis in Czech patients: an open-label randomized controlled trial. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018 May 10;14:1221-1228.

41. Xu S, Yu L, Luo X, Wang M, Chen G, Zhang Q, Liu W, Zhou Z, Song J, Jing H, Huang G, Liang F, Wang H, Wang W. Manual acupuncture versus sham acupuncture and usual care for prophylaxis of episodic migraine without aura: multicentre, randomised clinical trial. *BMJ*. 2020 Mar 25;368:m697.

42. Giacomozzi AR, Vindas AP, Silva AA Jr, Bordini CA, Buonanotte CF, Roesler CA, et al.. Latin american consensus on guidelines for chronic migraine treatment. *Arq Neuropsiquiatr*. 2013;71(7):478-86.

43. Beithon J, Gallenberg M, Johnson K, Kildahl P, Krenik J, Liebow M, Linbo L, Myers C, Peterson S, Schmidt J, Swanson J. Diagnosis and treatment of headache. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). 2013; :92P.

44. National Clinical Guideline Centre. Headaches: diagnosis and management of headaches in young people and adults. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). 2012; :38P.

45. Colorado Division of Workers' Compensation. Traumatic brain injury medical treatment guidelines. Denver (CO): Colorado Division of Workers' Compensation. 2012; :119P.

46. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of headache in adults. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). 2008. 88P.

47. Zhang N, Houle T, Hindiyeh N, Aurora SK. Systematic Review: Acupuncture vs Standard Pharmacological Therapy for Migraine Prevention. *Headache*. 2020 Feb;60(2):309-317.

48. Urits I, Patel M, Putz ME, Monteferrante NR, Nguyen D, An D, Cornett EM, Hasoon J, Kaye AD, Viswanath O. Acupuncture and Its Role in the Treatment of Migraine Headaches. *Neurol Ther*. 2020 Dec;9(2):375-394.

49. Gourion A. Migraines. Revue Française de MTC. 1984;104:539-43. [Consulté le 5/11/2017]. Disponible à : URL: http://www.gera.fr/Downloads/Formation_Medicale/Traitement-par-acupuncture-des-cephalees/gourion-1740.pdf.
50. Boutouyrie P, Corvisier R, Ong K-T, Vulser C, Lassalle C, Azizi M, Laloux B, Laurent S. Action aigüe et chronique de l'acupuncture sur l'hémodynamique de l'artère radiale chez le patient migraineux. *Acupuncture & Moxibustion*. 2010;9(2): 108-117.
51. Bui A, Valade D. Traitement de la migraine par acupuncture à l'hôpital Lariboisière -Paris- (Centre d'Urgences Céphalées). *Acupuncture & Moxibustion*. 2002;1(1-2) :33-37.
52. Dinouart P, Nguyen TX. Compilation des techniques de traitement des migraines et céphalées par la société d'acupuncture Aquitaine. Actes du 3e séminaire des associations d'acupuncture du midi, Nîmes. 1984;218. [Consulté le 4/11/2017]. Disponible à : URL : http://www.gera.fr/Downloads/Formation_Medicale/Traitement-par-acupuncture-des-cephalees/dinouart-1728.pdf.
53. Nguyen J. Migraines et céphalées : notes et support de cours. GERA. 1988. [Consulté le 4/11/2017]. Disponible à : URL: http://www.gera.fr/Downloads/Formation_Medicale/Traitement-par-acupuncture-des-cephalees/nguyen-147995.pdf.
54. Auteroche B. Céphalée et acupuncture. *Méridiens*. 1983; 63-64:105-114.
55. Dubois JC. Traitement des céphalées en médecine chinoise. *Méridiens*. 1984;67-68:87-108.
56. Nguyen Van Nghi. Céphalée d'origine énergétique. *Mensuel du Médecin Acupuncteur*. 1979;63:83-90.
57. Goret O. Céphalées. *Acupuncture & Moxibustion*. 2004;3(1):54-56.
58. Memheld B. Traitement acupunctural des céphalées par « protocole raisonné ». *Acupuncture & Moxibustion*. 2016 ; 15(2) :96-100.
59. Maciocia G. Les céphalées. In: La pratique de la médecine chinoise. Traitement des maladies par l'acupuncture et la phytothérapie chinoise. 2e ed. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011. p.1-65.
60. *Huangdi neijing suwen*. Traduction Husson A. Paris: éd. ASMAF; 1973.
61. Les *jingjin* sont encore appelés méridiens tendino-musculaires ou « Muscles des Méridiens » ou « Zone tendino-musculaire des méridiens ».
62. Stéphan JM. Les *jingjin*, Méridiens Tendino-Musculaires ou Muscles des Méridiens. *Acupuncture & Moxibustion*. 2007;6(2):177-182.
63. Stéphan JM, Phan-Choffrut F. Les *jingbie* ou Méridiens Distincts. *Acupuncture & Moxibustion*. 2007;6(3):278-281.
64. Cuignet O. Congrès de la Society for Acupuncture Research. San Francisco. CA. April 2017. Proceeding of Congrès national de l'ABMA/BVGA du 21/10/2017; Diegem, Belgique.
65. Phan-Choffrut F, Stéphan JM. Les luomai ou Vaisseaux luo. *Acupuncture & Moxibustion*. 2008;7(2):169-174.
66. Huangfu Mi. *Zhenjiu jiyi jing*. Traduction Milsky C, Andrès G. Paris: Trédaniel; 2004.
67. *Huangdi neijing suwen*. Traduction Husson A. Paris: éd. ASMAF; 1973.
68. Wang JY, Robertson J. Les points de communication. In: La théorie des méridiens et ses applications en médecine chinoise. Bruxelles: 1e éd. Satas; 2012. p.505-520.
69. Cuignet O. Acupuncture expérimentale et physiopathologie dans les céphalées primaires. *Acupuncture & Moxibustion*. 2015;14(4) :299-306.
70. Stéphan JM. Modulation et contrôle de la douleur neuropathique par acupuncture. *Acupuncture & Moxibustion*. 2014;13(1):41-49.
71. Stéphan JM. Électroacupuncture : modalités techniques et implications pratiques dans les algies. *Acupuncture & Moxibustion*. 2008;7(3):226-234.
72. Wang JY, Robertson J. Les cinq points de transport (point *shu*). In: La théorie des méridiens et ses applications en médecine chinoise. Bruxelles: 1e éd. Satas; 2012. p.437-485.
73. Stéphan JM. L'acupuncture dans le syndrome du canal carpien. Rôle du *jingjin* du Maître du Cœur. *Méridiens*. 1997;108:181-192
74. Stéphan JM. Intérêt du traitement acupunctural du *jingjin* de *shouyangming* dans la périarthrite scapulo-humérale. *Méridiens*. 1992;97:109-133.

75. Kim LW, Zhu J. [Effects of acupuncture at "open" or "close" time and in "host" or "guest" sequence on uterine contraction in late pregnancy rats]. *Zhen Ci Yan Jiu*. 2008;33(5):316-20.
76. Zhao C, Xie G, Weng T, Lu X, Lu M. Acupuncture treatment of chronic superficial gastritis by the eight methods of intelligent turtle. *J Tradit Chin Med*. 2003;23(4):278-9.
77. Zao CJ, Fan YS. [Effect of acupuncture with Ling gui Ba fa as main for treatment of chronic superficial gastritis of liver-stomach disharmony type]. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2010 Apr;30(4):279-81.
78. Guo RY, Su L, Liu LA, Wang CX. [Effects of Linggui Bafa on the therapeutic effect and quality of life in patients of post-stroke depression]. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2009;29(10):785-90.
79. Li Y, Barajas-Martinez H, Li B, Gao Y, Zhang Z, Shang H, Xing Y, Hu D. Comparative Effectiveness of Acupuncture and Antiarrhythmic Drugs for the Prevention of Cardiac Arrhythmias: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Front Physiol*. 2017 Jun 8;8:358.
80. Han ZX, Liu YG, Wei JL. [Effects of heavenly stem-prescription of point selection of needling methods of Ziwu Liuzhu on ischemic cerebrovascular diseases]. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2008;28(12):865-8.
81. Guan ZH, Yi R, Ye J, Ding LL, Zhu XY, Guo CP. [Effect of opening point method of ziwu liuzhu on myocardial ischemia in the patient of stroke]. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2005;25(11):823-4.
82. Liu DR, Hao SF, Liu ZY. [Observation on therapeutic effect of acupuncture on stroke by "Najia method of Ziwu Liuzhu"]. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2009;29(5):353-6.
83. Ben H, Rong PJ, Gao XY, Li L, He W. [Clinical application and research on ziwu-liuzhu (midnight-noon ebb-flow) acupuncture therapy]. *Zhen Ci Yan Jiu*. 2010;35(3):229-31.
84. Duez H, Sebti Y, Staels B. Horloges circadiennes et métabolisme : intégration des signaux métaboliques et environnementaux. [Circadian rhythmicity and metabolism: integration of metabolic and environmental signals]. *Med Sci (Paris)*. 2013;29(8-9):772-7.
85. Reutrakul S, Knutson KL. Consequences of Circadian Disruption on Cardiometabolic Health. *Sleep Med Clin*. 2015 Dec;10(4):455-68.
86. Masri S, Kinouchi K, Sassone-Corsi P. Circadian clocks, epigenetics, and cancer. *Curr Opin Oncol*. 2015 Jan;27(1):50-6.
87. Les récepteurs nucléaires sont des récepteurs biochimiques, protéines actives dans le noyau des cellules qui peuvent transmettent à celles-ci des signaux hormonaux spécifiques conduisant à la modulation de l'expression de gènes cibles. Ainsi Rev-Erba est exprimé dans certains types cellulaires du système immunitaire tels que les macrophages, ainsi que dans différents types cellulaires de la paroi vasculaire. Rev-Erba joue également un rôle au niveau inflammatoire et dans le métabolisme des lipoprotéines riche en triglycérides, facteur de risque dans le développement de l'athérosclérose.
88. Porez G. Nouvelles propriétés hépatiques des récepteurs nucléaires FXR et Rev-Erb Alpha [thèse de doctorat de pharmacie et biologie]. Lille (France): Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Université du Droit et de la Santé Lille II; 2014.
89. Montaigne D, Marechal X, Modine T, Coisne A, Mouton S, Fayad G, Ninni S, Klein C, Ortmans S, Seunes C, Potelle C, Berthier A, Gheeraert C, Piveteau C, Deprez R, Eeckhoutte J, Duez H, Lacroix D, Deprez B, Jegou B, Koussa M, Edme JL, Lefebvre P, Staels B. Daytime variation of perioperative myocardial injury in cardiac surgery and its prevention by Rev-Erba antagonism: a single-centre propensity-matched cohort study and a randomised study. *Lancet*. 2017 Oct 26. pii: S0140-6736(17)32132-3.

Actualisation des recommandations sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine épisodique et chronique de l'adulte

Dr Marc Martin (MD)

Résumé : L'auteur se propose de rapporter l'expérience régionale qui a permis d'établir des liens pluridisciplinaires autour de la prise en charge de la migraine épisodique et chronique de l'adulte. Cette aventure aura permis aux médecins acupuncteurs de participer à un travail pour l'actualisation des recommandations de la SFEMC avec les neurologues et les algologues. Basée sur un dossier scientifique actualisé et solide, avec les ECR, les méta-analyses et les recommandations internationales, l'acupuncture est citée « avec force » pour les patients souffrant de migraine épisodique demandant des traitements non pharmacologiques ou atteignant une efficacité insuffisante avec les traitements pharmacologiques. Ainsi proposer l'acupuncture en alternative ou en complément de la prophylaxie pharmacologique s'inscrit dans le parcours pertinent du patient migraineux. Médecins acupuncteurs et tout médecin doivent connaître cette recommandation.

Summary: The author intends to report on the regional experience which has made it possible to establish multidisciplinary links around the management of episodic and chronic migraine in adults. This adventure will have enabled acupuncturist physicians to participate in work to update the SFEMC recommendations with neurologists and algologists. Based on an updated and solid scientific dossier, with RCTs, meta-analyses and international recommendations, acupuncture is cited "strong" for patients suffering from episodic migraine requiring non-pharmacological treatments or achieving insufficient efficacy with pharmacological treatments. Thus, offering acupuncture as an alternative or in addition to pharmacological prophylaxis is part of the relevant journey of the migraine patient. Acupuncturist physicians and all physicians should know this recommendation.

Mots clés : maladie migraineuse, recommandations, acupuncture, parcours de soins.

Keywords: migraine disease, recommendations, acupuncture, treatment path.

Introduction

La maladie migraineuse nous offre l'opportunité de revenir sur une expérience régionale d'échanges interprofessionnels qui a offert à ses acteurs au travers d'un souci de formation continue de créer et d'expérimenter un réseau informel de soin.

Cette aventure permettra aux différents acteurs régionaux de mieux se connaître, de mieux cerner les enjeux d'une prise en charge multidisciplinaire qui ouvrira la porte à un travail collectif et

participatif. A l'occasion de la révision des recommandations professionnelles pour le diagnostic et la prise en charge du patient migraineux, il nous sera donné la possibilité de participer au groupe de travail pour l'élaboration des nouvelles recommandations à propos des traitements non-médicamenteux de la migraine.

Enfin, cela s'inscrira dans la mise en place du recours à l'acupuncture au sein d'un parcours de soins du patient migraineux où les différentes étapes du diagnostic, du traitement médicamenteux comme non-médicamenteux seront rappelées.

Cette aventure souligne l'importance et la nécessité d'une implication des médecins acupuncteurs dans les réseaux de soins.

-1- une maladie parfois handicapante

Force est de constater la complexité du parcours du patient céphalalgique ou migraineux .

Entre l'automédication, le nomadisme médical, le recours à des alternatives conseillées par des proches, le découragement face à une maladie chronique source d'abus médicamenteux, le patient est loin d'un parcours de soins optimisé.

Longtemps dédaigné par nombre de neurologues, cette branche s'est peu à peu organisée avec des consultations dédiées aux migraines et céphalées organisées depuis des années au sein des Chu . Il existe également un DIU spécifique.

La migraine constitue un enjeu de santé publique : il s'agit d'un symptôme fréquent, certes sans gravité majeure, mais pouvant constituer un véritable handicap, altérant la qualité de vie des patients.

Cette question de santé publique a toujours intéressé les médecins acupuncteurs soucieux de leur formation continue, tant il est vrai que nous avons, de longue date, pu expérimenter le bénéfice du recours à l'acupuncture auprès de tous ceux qui nous consultaient, sur la base du bouche à oreille. Nous avons pu constater que les premières études cliniques évaluaient et dégageaient déjà un aspect positif de cette prise en charge.

-2- une histoire régionale de formation continue

La SAHN avait invité voilà plus de 20 ans le Dr Evelyne Guegan-Massardier, déjà référente au sein du CHU de Rouen pour les Céphalées et Migraines. Une journée de FMC avait ainsi permis de faire le point sur nos connaissances en rappelant les urgences diagnostiques et permettant de s'inscrire dans un parcours de soins raisonné.

Nous avons dès lors tissé un lien permettant déjà d'envisager une place pour l'acupuncture dans un réseau informel ville-hopital, la SAHN fournissant le listing des médecins acupuncteurs répartis sur le territoire normand.

-3- nouveautés thérapeutiques : mieux organiser les ressources

En 2018, avec l'arrivée de nouveaux traitements, comme les anticorps anti-CGRP, coûteux pour les comptes sociaux ou pour les patients, le souci d'optimiser un parcours de soins validé pour les patients a conduit les responsables de la consultation migraine et les médecins de la douleur à réunir différents acteurs, notamment les praticiens d'intervention non médicamenteuses.

La première rencontre a été l'occasion de faire un état des lieux de l'offre de soins au regard de l'évaluation. Sollicité pour l'acupuncture, je ne pouvais qu'accepter la proposition et m'inscrire dans cette démarche pluridisciplinaire.

Dans un premier temps, la coordination par les responsables du CEDT du CHU de Rouen et de la consultation migraine a recensé les validations existantes : d'entrée de jeu, l'acupuncture a bénéficié d'une évaluation positive importante sur les bases de données publiées dans Pubmed et la Cochrane.

Suite à cette première rencontre du groupe de travail, il fut demandé à chaque représentant des interventions non médicamenteuses de présenter l'apport de sa pratique. Avec l'outil de l'encyclopédie des sciences médicales chinoises, il était simple de présenter les études, les méta-analyses, et enfin d'évoquer les recommandations professionnelles des différentes sociétés savantes internationales.

L'occasion était trop belle de souligner le désaccord des médecins acupuncteurs français avec la recommandation de la SFEMC de 2012 concernant la migraine . Cette recommandation avait fait l'objet en son temps d'un courrier motivé de la part du Gera sur lequel je n'ai pas manqué de m'appuyer.

Les docteurs Pouplin et Guegan-Massardier ont publié alors un article dans la revue de Neurologie sur les traitements non médicamenteux. [1]

Ces réunions préparatoires ont débouché sur l'organisation d'une journée réunissant les différents protagonistes associés à la prise en charge du patient migraineux et inscrivant l'ensemble dans une démarche raisonnée depuis le diagnostic, la prise en charge médicamenteuse comme les approches non médicamenteuses.

On voyait se dessiner la nécessité de mieux organiser un réseau ville-hopital avec des acteurs identifiés sur l'ensemble du territoire régional.

Mieux se connaître, mieux comprendre les techniques et les validations conduit à mieux conseiller le parcours thérapeutique.

-4- du réseau à la réécriture des recommandations

L'étape suivante s'est faite naturellement à l'occasion de la réécriture des recommandations datant de 2012 quand le Dr Guegan-Massardier impliquée dans le DIU migraine comme dans la SFEMC nous a sollicité pour participer avec elle au travail d'actualisation de la recommandation portant sur les interventions non médicamenteuses. La méthodologie de travail lui offrait de s'entourer de collaborateurs et de constituer ainsi un groupe de travail : nous devions collecter la bibliographie depuis 2011, en considérant le niveau de preuve d'efficacité selon les essais randomisés et les méta-analyses mais aussi la cohérence avec les recommandations internationales.

Ceci pour permettre d'établir un niveau de recommandations qui serait soumis au vote à l'issue des différentes phases d'analyse et d'écriture.

De mon côté, j'ai collecté les différents essais publiés depuis 2011, les méta-analyses : le travail était facilité par l'outil que constitue l'encyclopédie des sciences médicales chinoises, véritable wiki colligeant en temps réel les essais, les méta-analyses, les recommandations internationales.

La base de données ainsi récupérées était vaste : il convenait de vérifier les critères d'éligibilité des articles comme le respect des critères de définition de l'IHS, selon l'objectif principal, l'utilisation de l'agenda, les groupes contrôles, la durée du suivi,...

On pouvait noter d'emblée que les critères de qualité étaient respectés dans toutes les études, rendant ainsi pertinents les travaux et leurs résultats.

Entre 2019 et 2020, de nouvelles publications venaient enrichir les documents déjà compilés.

C'est donc un dossier solide et étayé que nous pouvions apporter, d'autant plus qu'au delà des seules conclusions des articles, les détails chiffrés dans le corps des études montraient une démonstration pertinente et évidente de l'indication de l'acupuncture dans les migraines.

Les contraintes de l'exercice de style inhérente à l'écriture forcent à proposer un résumé de tout le travail de compilation : avec le risque du résumé, réduire, voire masquer la pertinence des résultats!

Une date importante est à retenir avec la publication de la méta-analyse du groupe Cochrane de 2016 sur l'acupuncture pour la prévention de la migraine épisodique [2]. Cette mise à jour comprend des ECR d'une durée d'au moins 8 semaines qui comparent une intervention d'acupuncture à un contrôle sans acupuncture (pas de traitement prophylactique ou soins de routine uniquement), une intervention d'acupuncture simulée ou un médicament prophylactique. Les conclusions des auteurs sont :

- ajouter l'acupuncture au traitement symptomatique des crises réduit la fréquence des maux de tête.
- Il y a un effet supérieur à la Sham acupuncture, cet effet est petit.
- Les essais disponibles suggèrent également que l'acupuncture peut être au moins aussi efficace que le traitement avec des médicaments prophylactiques.
- L'acupuncture peut être considérée comme une option de traitement pour les patients désireux de subir ce traitement.
- Comme pour les autres traitements de la migraine, les études à long terme, d'une durée supérieure à un an, font défaut.

De nouveaux ECR ont depuis fourni des données supplémentaires ; Zhao confirme la diminution du nombre de jours de migraine avec un suivi de 24 semaines chez les patients traités par acupuncture par rapport à un groupe placebo et un groupe de patients en attente de traitement [3]. Chen a publié en 2019 une comparaison indirecte, avec toutes les limitations méthodologiques que cela implique, des effets de l'acupuncture par rapport au Propranolol soutenant un bénéfice de l'acupuncture [4]. Une revue systématique des études comparant l'acupuncture à un traitement pharmacologique a été publiée en 2020 [5]. Les auteurs concluent qu'il existe de plus en plus de preuves que l'acupuncture est tout aussi efficace et a moins d'effets secondaires que la plupart des

agents pharmaceutiques standards qui sont actuellement utilisés. Cependant, l'hétérogénéité des études existantes limite la comparaison et l'analyse comme efficaces.

En 2019, l'EHF souligne le faible niveau de preuve des études évaluant l'acupuncture dans la prévention de la migraine [6], les recommandations allemandes sont un peu plus favorables à son utilité malgré des preuves limitées et le manque d'essais cliniques à grande échelle capables de distinguer entre l'acupuncture et les procédures fictives [7].

Ce travail a été soumis selon la méthodologie de la SFEMC au groupe de 12 experts français réunis en Rencontre internationale de la société française de neurologie en 2021 pour l'édition des lignes directrices révisées de la Société française des céphalées pour le diagnostic et la prise en charge de la migraine chez l'adulte.

Un travail en trois parties : Diagnostic et évaluation, traitement pharmacologique, traitement non pharmacologique. [8-9-10]

Mettons le focus sur l'acupuncture : « Quelle est l'efficacité de l'acupuncture pour la prophylaxie de la migraine ?

L'acupuncture peut être efficace par rapport au simulacre dans la prophylaxie à court terme de la migraine épisodique (niveau de preuve moyen), et a une efficacité similaire et moins d'effets secondaires que la plupart des agents pharmaceutiques standard [48-50]. Les études à long terme sur l'acupuncture dans la migraine épisodique et les études sur la migraine chronique font défaut. »

La recommandation émise dans un tableau récapitulatif est qualifiée de « forte » et nous dit « Chez les patients souffrant de migraine épisodique demandant des traitements non pharmacologiques ou atteignant une efficacité insuffisante avec les traitements pharmacologiques, proposer l'acupuncture en alternative ou en complément de la prophylaxie pharmacologique ».

J'avoue ma déception initiale à la première lecture de cette recommandation, notamment quand je vois le nombre d'études probantes fournies, le résumé soumis à la lecture des experts et le style lapidaire de la recommandation.

On a l'impression qu'on nous demande un niveau de preuve toujours plus fort : les preuves sont là, il en faudrait toujours plus!

Néanmoins, il faut bien lire tout l'article, pour voir que l'hétérogénéité de ces études concernant les autres approches non pharmacologiques réduit leur évidence. Concernant l'hypnose, les preuves concernant son efficacité sont « trop rares pour faire une quelconque recommandation ».

C'est donc bien une réelle avancée, pleinement justifiée qui amène aujourd'hui à pouvoir recommander l'acupuncture auprès des patients migraineux « avec force ».

-5- un parcours pluridisciplinaire à inventer

À la mi-octobre, un symposium régional concernant la thématique des céphalées a eu lieu à la Faculté de Médecine de Rouen. Cette journée interactive, dans le cadre du Réseau Douleur en Normandie, a rassemblé spécialistes de la douleur, neurologues et professionnels de santé prenant en charge des patients souffrant de céphalée.

Quelques notions clés ont été rappelée :

Il s'agit un enjeu de santé publique (12-15%), avec une maladie sous-diagnostiquée avec de fausses croyances, (1 sur 2 ne sait pas qu'il est migraineux), très peu médicalisée, parfois hors circuit de soin (fatalisme et automédication à la clef).

L'efficacité attendue des traitements et des soins est de supprimer une migraine sur 2 ou 3, qu'il s'agisse d'une migraine épisodique ou d'une migraine chronique.

La qualité de vie des patients est aujourd'hui un critère supplémentaire pour mettre en évidence l'intérêt d'une prise en charge. Les neurologues sont souvent très exigeants sur les critères de preuves, alors que les rhumatologues reconnaissent davantage ce critère de qualité de vie comme essentiel à la prise en charge des maladies chroniques.

Il est maintenant nécessaire de construire un parcours patient avec le MG en premier recours, puis le neurologue, et enfin et seulement la consultation spécialisée. Dans cet algorithme, quelle place pour le médecin acupuncteur ?

Si on constate un besoin de formation, notamment pour faire connaître les nouvelles classifications (Migraines Episodiques, Chroniques et Résistantes ou réfractaires) , ainsi que l'actualité des nouvelles thérapeutiques, il semble fondamental de s'appuyer sur la recommandation forte attribuée à l'acupuncture pour pouvoir proposer cette prise en charge. Il paraît tout aussi nécessaire de s'impliquer dans les réseaux de soins. L'expérience normande du réseau douleur en normandie montre l'importance de la multidisciplinarité et de s'inscrire dans le lien avec l'ensemble des professionnels de santé.

L'alliance thérapeutique, lien indispensable avec le patient, peut se conjuguer entre professionnels de santé autour d'un projet de soins.

-6- l'engagement des médecins acupuncteurs

Cette implication nécessite pour les médecins acupuncteurs un véritable engagement :

- Une présence sur le terrain, en acceptant un engagement dans des consultations en milieu hospitalier et ainsi sortir d'un exercice solitaire et isolé. Même si se pose la difficile question d'un statut précaire de vacataire, mal rétribué.
- Un souci de formation continue avec une mise à jour des connaissances.
- Une participation à l'organisation et à l'optimisation des soins, autour des patients, impliquant un parcours multidisciplinaire.
- Une diffusion des recommandations auprès de tous les acteurs : il est toujours regrettable qu'un patient migraineux se voit refusé par son médecin le recours à l'acupuncture, sous prétexte que l'acupuncture « n'a pas fait la preuve » de son efficacité.
- Un engagement dans la recherche clinique, notamment sur les critères de qualité de vie. là encore, cette recherche n'est possible qu'en quittant l'exclusivité d'un exercice en cabinet libéral.

L'efficacité, la pertinence de l'acupuncture dans la prise en charge du patient migraineux est aujourd'hui inscrite dans une recommandation officielle française, rejoignant nombre de recommandations internationales.

Sa sécurité d'emploi est reconnue par la HAS, faut-il encore le rappeler, dans son rapport de 2014. [11] Celle-ci s'appuie sur une formation initiale dispensée en milieu universitaire, auprès des professions médicales habilitées à l'exercice de l'acupuncture. Le respect de cet aspect réglementaire est fondamentale dans une prise en charge d'une maladie comme la migraine.

Il convient de ne pas oublier que le travail de veille scientifique s'imposera encore pour pouvoir s'inscrire dans la prochaine recommandation dans quelques années : c'est aux jeunes médecins acupuncteurs de prendre d'ores et déjà la mesure de la tâche en s'inscrivant dans le relais et la poursuite de cette mission.

En conclusion :

Un engagement à long terme sur le plan régional permet à chaque acteur de mieux se connaître pour optimiser le parcours du patient migraineux.

L'acupuncture est sortie d'une pratique solitaire : elle s'invite dans une alliance thérapeutique permettant une prise en charge raisonnée et multidisciplinaire, organisée en réseau avec l'ensemble des professionnels de santé.

Elle s'appuie sur un travail de recherche clinique et d'évaluation.

Aujourd'hui, la SFEMC recommande avec force l'acupuncture.

À nous, médecins acupuncteurs, il reste à s'engager sur le terrain pour diffuser cette information et ainsi participer à une offre de soins pertinents et efficaces pour des patients migraineux, en toute sécurité

Bibliographie

- [1] Guégan-Massardier E., Pouplin S., Traitements non médicamenteux de la migraine, La Lettre du Neurologue, n° 6, juin 2019
- [2] Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Fei Y, Mehring M, Vertosick EA, Vickers A, White AR. Acupuncture for the prevention of episodic migraine, Cochrane Database Syst Rev. 2016 Jun 28
- [3] Zhao L, Chen J, Li Y, et al. The Long-term Effect of Acupuncture for Migraine Prophylaxis: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2017;177(4):508-515.
- [4] Chen YY, Li J, Chen M, Yue L, She TW, Zheng H. Acupuncture versus propranolol in migraine prophylaxis: an indirect treatment comparison meta-analysis. J Neurol. 2020;267(1):14-25
- [5] Zhang N, Houle T, Hindiyeh N, Aurora SK. Systematic Review: Acupuncture vs Standard Pharmacological Therapy for Migraine Prevention. Headache. 2020;60(2):309-317.
- [6] Steiner T. J., Jensen R., Katsarava Z., Linde M., MacGregor E. A., Osipova V., Paemeleire K., Olesen J., Peters M. and Martelletti P., Aids to management of headache disorders in primary care (2nd edition) on behalf of the European Headache Federation and Lifting The Burden: the Global Campaign against Headache, The Journal of Headache and Pain (2019)
- [7] Diener H.C., Holle-Lee D., Nägel S., Dresler T., Gaul C, Göbel H., Heinze-Kuhn K, Jürgens T, Kropp P, Meyer B., May A., Schulte L., Solbach K., Straube A., Kamm K., Förderreuther S., Gantenbein A., Petersen J., Sandor P., and Lampl C., Treatment of migraine attacks and prevention of migraine: Guidelines by the German Migraine and Headache Society and the German Society of Neurology, Clinical & Translational Neuroscience (2019)

- [8] Demarquay G. *et al.* Revised guidelines of the French Headache Society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 1: Diagnosis and assessment. *Revue neurologique*, [s. l.], v. 177, n. 7, p. 725–733, 2021.
- [9] Ducros, A. *et al.* Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 2: Pharmacological treatment. *Revue neurologique*, [s. l.], v. 177, n. 7, p. 734–752, 2021
- [10] Demarquay G. *et al.* Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 3: Non-pharmacological treatment. *Revue neurologique*, [s. l.], v. 177, n. 7, p. 753–759, 2021.
- [11] Barry C., Seegers V., Gueguen J., Hassler C., Ali A., Falissard B., Hill C., et Arnaud Fauconnier A., Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture, Rapport INSERM , jan 2014

L'acupuncture, une médecine intégrée ?

Points de vue et problématiques

Dr Gilles ANDRÈS

Résumé : L'interrogation « l'acupuncture une médecine intégrée ? » pose la question de savoir si l'acupuncture peut être intégrée dans la médecine occidentale moderne. Ce qui différencie ces deux médecines, c'est que l'une est traditionnelle (la médecine chinoise et l'acupuncture) tandis que l'autre ne l'est pas. La caractéristique d'une médecine traditionnelle c'est d'être reliée à une origine transcendante et non humaine, comme en témoigne les textes sacrés (*Huangdi Neijing Suwen Lingshu*) qui font intervenir l'empereur mythique Huangdi. La caractéristique de la médecine occidentale, c'est de n'être relié à rien. Il s'en suit que l'acupuncture envisage l'homme dans sa totalité corps-âme-esprit, tandis que la médecine occidentale n'a aucune conception de l'homme le réduisant à un composé physico-chimique saupoudré d'un peu de psychologie. Dans ces conditions, on peut constater que la médecine traditionnelle ayant un champ plus vaste que celui de la médecine occidentale, c'est l'acupuncture qui intègre la médecine occidentale et non l'inverse.

Mots clefs : Acupuncture, médecine traditionnelle, médecine occidentale, intégration.

Problématique

L'interrogation « l'acupuncture une médecine intégrée ? » thème de notre congrès pose la question de savoir si l'acupuncture peut être intégrée dans la médecine occidentale moderne. Cette formulation dénote un préjugé, à savoir que l'on admet d'entrée une supériorité de la médecine occidentale, puisque c'est celle-ci qui intégrerait la médecine chinoise. Or c'est exactement le contraire et il serait plus juste de poser la question différemment : « L'acupuncture, une médecine intégrative ? », car c'est bien entendu la médecine chinoise qui peut intégrer la médecine occidentale, et non l'inverse.

État des lieux

Quand on parle de l'acupuncture comme médecine intégrée, c'est dans l'esprit de la plupart d'entre nous l'intégration de l'acupuncture dans la médecine occidentale moderne ; si l'on y ajoute un point d'interrogation, c'est que l'on se pose la question de savoir comment peut-on intégrer cette médecine aussi différente dans le corpus de la médecine actuelle. La recherche de reconnaissance de l'acupuncture par la science occidentale est une illusion toujours vivace chez la plupart d'entre nous et qui est récurrente en France depuis qu'elle y a été introduite. Nous, médecins, avons été nourris du lait de la science moderne et de son efficacité technique dans tous les domaines. La médecine actuelle n'a plus rien à voir avec la médecine médiévale, ni même avec celle que nous connaissions il y a seulement 80 ans. Et ce n'est pas fini, car elle évolue de plus en plus vite et son paradigme devient de plus en plus technique, transformant les médecins en officiers de santé, chargés d'exécuter les protocoles et les normes qui leur ont été imposées. Si le patient s'aggrave ou meurt malgré les soins administrés soi-disant conformes, le médecin n'y est pour rien. On perd ainsi l'idée que chaque patient est différent et unique, ainsi que l'engagement du médecin vis à vis de son patient, le médecin devenant un simple administrateur de soins. On comprend mieux dès lors l'engouement des jeunes médecins qui préfèrent le salariat avec des horaires d'employés. Ils

ne sont plus libres d'eux-mêmes¹, le Grand Manitou régissant tout, y compris la façon de penser². Le médecin n'est plus impliqué personnellement dans ses actes et la médecine est ainsi vidée du peu de caractère sacerdotal qui lui restait.

L'acupuncture se situe sur un tout autre versant et le médecin acupuncteur est chaque fois impliqué dans ses choix, car si cela ne soulage pas son patient, c'est lui qui est en cause dans la compréhension de son malade et si cela marche, ce n'est pas sûr qu'il ait raison. Quand l'acupuncture est née, elle ne s'est bâtie sur aucune connaissance scientifique, au sens qu'on lui donne aujourd'hui, mais cela ne veut pas dire qu'elle ne répond pas à une science dont les tenants et les aboutissants sont très différents des nôtres. Il faut se poser la question : comment les chinois ont-ils pu élaborer une science aussi riche et aussi complexe que la médecine chinoise ? Ce n'est pas à travers une simple élucubration intellectuelle, car elle n'aurait pas la durée qu'elle a eu, ni traversé plusieurs millénaires. Ce n'est pas non plus sur un empirisme, même si celui-ci y participe. Ce n'est pas sur une expérimentation, car les faits ne sont pas reproductibles dans une médecine énergétique où les conditions de terrain, temporelles, voire spatiales ne sont jamais les mêmes. Ce n'est pas non plus sur une observation de la nature, même si celle-ci y contribue. Derrière tout cela il y a autre chose et c'est à cette autre chose que l'acupuncture, science traditionnelle, nous convie, une connaissance des principes des choses, principes qui ont en particulier pour base, la science des nombres. Le Un, le Deux, le Trois etc. renvoient à des principes métaphysiques universels qui organisent le monde et servent de modèle pour tous les domaines d'une société, qu'il s'agisse de gouvernement, d'organisation de la société, des rapports humains, des sciences comme par exemple l'astronomie, la géométrie, la musique, l'arithmétique et bien entendu la médecine. Nous raisonnons sur le deux (*yin/yang* ou Ciel/Terre), sur le trois (les trois réchauffeurs), sur le quatre (les quatre saisons), sur le cinq (les cinq agents), sur le six (les six souffles), sur le sept (les sept orifices), sur le huit (les huit méridiens extraordinaires), sur le neuf (les neuf territoires) pour n'en citer que quelques exemples. Les nombres ne sont plus ici des quantités, mais des symboles d'une réalité universelle comme le dit aussi la Bible, Dieu a créé le monde en nombre, poids et mesure³. La tradition chinoise nous fait toucher cet Universel quand elle parle du Dao, du Vide dont tout naît par transformation. L'homme est intégré au sein d'un Univers ordonné qui faisant appel à l'intelligence fait sens. Sur le plan médical, le médecin initié à l'acupuncture peut envisager le patient dans toutes ses dimensions d'être, prenant en compte aussi bien sa dimension corporelle que psychique ou spirituelle. L'homme est envisagé dans tous ses états d'être. C'est ainsi que la médecine chinoise repose sur des principes invariables et constants témoins d'une véritable connaissance, puisqu'ils sont vrais de tout temps, mais dont les applications sont innombrables, parce que dépendantes du sujet, du temps et du lieu. À chaque instant s'écrit une histoire différente pour chacun, non reproductible, c'est pourquoi la statistique est impossible.

Points de vue et finalités de ces deux médecines

¹ L'interdiction aux médecins de prescrire de l'hydroxychloroquine est exemplaire à cet égard.

² Les médias et la télévision sont un excellent relais pour l'abrutissement des masses et ce n'est pas la crise sanitaire qui nous fera croire le contraire

³ « Dieu a disposé toutes choses selon le Nombre, le Poids, la Mesure » dit le Livre de la sagesse de Salomon (XI, 20).

Les principes de l'acupuncture et de la médecine chinoise n'ont pas varié depuis des siècles, ce qui est la preuve, je dis bien la preuve, que cette science médicale est fondée sur une véritable connaissance. À l'inverse, la science occidentale change régulièrement de théorie et est en perpétuelle évolution, ce qui prouve qu'elle n'est pas fondée sur une connaissance véritable et qu'elle n'apporte aucune intelligence des choses. On constate des mécanismes de plus en plus dans l'indéfiniment petit, mais qui ne font pas sens. Son domaine, c'est l'empirisme puisqu'elle est fondée sur l'expérience et la reproductivité de l'expérience, ce que l'on appelle expérimentation⁴. Il est amusant de voir qu'elle traite d'empirique les sciences traditionnelles qui ne le sont surtout pas. Dans la pratique, la médecine chinoise considérant les différentes circonstances de lieu, de temps et de terrain voit ses traitements adaptés à chacun, alors qu'à l'inverse les traitements de la médecine moderne deviennent stéréotypés, les mêmes pour tout le monde, et ne sont évidemment pas efficaces sur tous. On est dans le domaine de la quantité, car c'est le plus grand nombre qui sert de vérité. On ne peut pas dire qu'il y ait là une véritable connaissance d'autant que son efficacité sur un grand nombre n'explique pas les échecs chez telle ou telle personne. On est dans la probabilité, pas la connaissance. L'acupuncture est une médecine qualitative qui fait sens à la fois pour le médecin et le patient, la médecine occidentale est une médecine quantitative, obscurantiste, qui n'apporte aucune intelligence sur l'homme et sa maladie⁵. La science moderne se base sur la reproductivité, grâce à l'expérimentation, et donc, ne peut que constater des phénomènes grossiers et matériels. C'est pourquoi son fondement, c'est la statistique, la quantité pure ou presque. Or la statistique n'explique rien et on ne soigne pas des statistiques. Ainsi pour évaluer notre médecine, on calcule l'espérance de vie en nombre d'années, peu importe que les dernières années soient des années où l'individu est réduit à un état végétatif, inconscient et gâteux. Qu'est-ce que 10 ans de vie face à l'éternité !

Le but d'une médecine traditionnelle comme la médecine chinoise et l'acupuncture, c'est de réintégrer l'homme dans l'harmonie universelle et de lui permettre de retrouver le sens de sa vie et de son existence. En raison de la préséance de l'esprit et de l'âme sur le corps, le traitement visera avant tout à rétablir l'équilibre énergétique capable de remettre l'homme dans sa vraie nature et de le délivrer de ses souffrances. La guérison de l'âme conduit à la guérison du corps. En mettant en relation l'âme (*qi*)⁶ avec l'esprit (*shen*) qui a la fonction d'organiser les mouvements de l'âme en rapport avec le Principe, la guérison peut être obtenue. C'est pourquoi traditionnellement la maladie est comprise comme perte de relation au Principe. L'homme est vu dans sa finalité éternelle et non existentielle. Dans les sociétés traditionnelles, la médecine a toujours été considérée comme un art sacerdotal.

⁴ L'empirisme se définit dans le Larousse comme une connaissance dérivée de l'expérience. L'expérimentation, reproduction de ces expériences est par définition empirique. Dans ce cas particulier il est intéressant de voir combien on détourne le sens des mots pour en faire une vérité scientifique. Le Larousse dit :

1. Théorie philosophique selon laquelle la connaissance que nous avons des choses dérive de l'expérience.
2. Méthode reposant exclusivement sur l'expérience, sur les données et excluant les systèmes a priori.
3. Manière de se comporter en tenant compte surtout des circonstances et sans principes arrêtés ; pragmatisme.

⁵ Au fond elle ne soigne que des morts vivants.

⁶ Le mot âme vient du latin *anima* qui signifie animation. Dans la médecine chinoise, c'est proprement le *qi* (le souffle ou l'énergie) qui anime l'univers et l'homme. La triade *shen-qi-jing* de la médecine chinoise trouve sa correspondance dans le ternaire occidental Esprit-âme-corps.

L'objectif de la médecine occidentale est de conserver l'homme coûte que coûte dans l'existence le plus longtemps possible, ce qui soigne les statistiques, mais pas forcément le patient. Son domaine de prédilection, c'est l'exérèse, la prothèse, la substitution, le domaine du contre (antibiotique, antihypertenseur, anti-inflammatoire, antiparkinsonien, antidépresseur...), mais en aucun cas l'harmonie de la vitalité, comme le prône aussi l'homéopathie. Celle-ci par son action sur le domaine subtil, inaccessible à la science occidentale, ne peut évidemment pas être reconnue par elle et les attaques dont elle est l'objet reflète la bêtise ambiante. On ne peut pas demander à tout le monde d'être intelligent...

Les conditions actuelles

L'homme moderne ne se préoccupe que de ce qui est immédiat et qui lui tombe sous le sens, ayant perdu la véritable intelligence, celle d'une intelligence intuitive qui perçoit les raisons profondes des choses. Dans le *Suwen*, au chapitre 13, il est dit que l'homme dans l'ancien temps pouvait guérir grâce aux invocations capables de mobiliser les essences, puis il a fallu ensuite employer les aiguilles et aujourd'hui, il faut utiliser la pharmacopée⁷. La marche descendante du cycle cosmique conditionne l'humanité toute entière à vivre dans une forme d'obscurité où plus rien n'a véritablement de sens et où l'être se limite à l'individu et le rend inconscient de l'universel en lui. Il ne faut donc pas s'étonner que la science actuelle soit de plus en plus tournée vers le côté matériel des choses et que tout ce qui peut relever d'une intelligence des choses soit de plus en plus attaqué. Les attaques contre les « médecines alternatives » relèvent plus, à notre avis, de la limitation intellectuelle de nos contemporains, de la peur de quelque chose qui pourrait dépasser leur entendement et d'une volonté de croire à un monde sécurisé et formaté, mais même la Covid qui nous trouble, ne nous fait pas changer⁸. Nous sommes dans une guerre idéologique, où le point de vue réductionniste de ceux qui attaquent les médecines alternatives est de plus en plus évident.

Conclusion

S'il n'est pas pour nous question de contester l'efficacité de la médecine moderne qui se manifeste essentiellement dans les maladies organiques, c'est-à-dire dans les maladies qui sont le résultat et l'aboutissement de désordres

⁷ « Huangdi demanda : J'ai entendu dire que dans l'antiquité pour guérir les maladies, modifier les essences (*jing*) et changer les souffles, il suffisait de prononcer des invocations (*zhuyou*). De nos jours, pour traiter les maladies, [on prend] des médicaments toxiques (*duyao*) pour traiter l'intérieur, et des aiguilles et des poinçons de pierre pour traiter l'extérieur, que [le malade] soit guérit ou non. Pourquoi [en est-il ainsi] ? Qibo répondit : Dans l'antiquité les hommes vivaient parmi les bêtes sauvages, s'activaient pour se garder d'avoir froid, restaient à l'ombre pour éviter la canicule, chez eux ils n'avaient pas d'attachements familiaux, au dehors ils ne se fatiguaient pas en démarches pour [réussir] une carrière ; à cette époque paisible, le pervers ne pouvait pas pénétrer profondément. C'est pourquoi les médicaments toxiques n'étaient pas aptes à traiter l'intérieur, les aiguilles et les poinçons de pierre ne s'accordaient pas à traiter l'extérieur. Pour cette raison, on ne pouvait que modifier les essences (*jing*) par l'invocation et cela suffisait. A notre époque, ce n'est pas pareil : les malheurs perturbent l'intérieur, le labeur blesse le corps à l'extérieur et si l'on ne suit pas [les changements] des quatre saisons et que l'on manque de s'adapter à la chaleur et au froid, et si, en plus, le vent voleur attaque souvent et les pervers vides (*xu xie*) du matin et du soir attaquent à plusieurs reprises, à l'intérieur ils pénètrent jusqu'aux cinq organes et aux moelles, à l'extérieur blessent les orifices et la chair superficielle (*jifu*), c'est pourquoi la maladie légère s'aggrave obligatoirement et la maladie grave [finit] obligatoirement par la mort, c'est pourquoi les invocations ne peuvent plus suffire. » (Traduction C.Milsky, Andrès G.)

⁸ Sans vouloir remettre en cause le principe de la vaccination, on peut se demander si la polémique autour de la vaccination anti-covid ne relève pas d'un désir plus ou moins conscient de se rattacher à autre chose qu'une vérité dite scientifique, d'autant que celle-ci a été mise à mal par ses hésitations.

énergétiques constitués depuis longtemps, il est difficile de lui reconnaître la capacité d'intégrer la médecine chinoise qui envisage l'homme dans sa totalité pneuma-psycho-somatique, alors que celle-là ne considère que son aspect corporel. Nous avons coutume de considérer que l'esprit est dans le corps, or c'est bien entendu le contraire, c'est le corps qui est dans l'esprit, l'esprit étant « *le principe de tous les états de l'être, à tous les degrés de sa manifestation ; or toutes choses sont nécessairement contenues dans leur principe, et elles ne sauraient aucunement en sortir en réalité, ni à plus forte raison l'enfermer dans leur propres limites ; ce sont donc tous ces états de l'être, et par conséquent aussi le corps qui n'est qu'une simple modalité de l'un d'eux, qui doivent en définitive être contenus dans l'esprit, et non pas l'inverse*⁹ ». Cette simple constatation montre que si une médecine peut intégrer l'autre, c'est bien la médecine chinoise et l'acupuncture qui intègrent la médecine occidentale, celle-là ayant un champ plus vaste. Pour nous médecins qui pratiquons l'acupuncture, nous avons une connaissance du patient à la fois énergétique et anatomique qui nous permet de juger plus justement de la situation pathologique du patient, ce qui nous conduit à restaurer son harmonie énergétique tout en laissant les désordres organiques à la science occidentale. C'est pourquoi la médecine moderne n'ayant aucune notion du subtil qui anime les êtres ne peut intégrer la médecine chinoise et c'est bien l'inverse qui est possible. Le plus petit ne peut pas intégrer le plus grand.

Exhortation

Nous avons une société savante, appelée Collège français d'acupuncture (CFA), qui, taraudé par la reconnaissance, s'engouffre dans les affres des études scientifiques d'essais randomisés et dans l'EBM. Lorsque ces études montrent l'efficacité de l'acupuncture, celles-ci ne sont pas prises en compte sous de faux prétextes, ce qui laisse entendre que ces études ne sont là que pour justifier la doxa du moment et que leur interprétation peut varier selon les auteurs¹⁰. Ceci est la preuve que nous sommes dans une guerre de paradigmes et que tout ce qui peut dépasser ou remettre en cause la soi-disant vérité scientifique est balayé d'un revers de main. À notre avis, si le Collège français d'acupuncture était une véritable société savante, il devrait défendre l'esprit de l'acupuncture en montrant que l'acupuncture ne peut pas répondre aux critères de la science actuelle. En voulant rentrer dans des schémas qui ne nous correspondent pas, on dénature l'acupuncture et on la réduit à n'être qu'un ersatz. En perdant sa nature, elle sera au mieux une aiguillothérapie sans saveur et ce qui fait son fondement risque de disparaître sans laisser de traces¹¹.

Dr Gilles ANDRÈS
Président de l'AFA

⁹ René Guénon, *Initiation et réalisation spirituelle*, p.196, Les éditions traditionnelles, Paris, 1952.

¹⁰ Tout récemment, la reine des revues médicales, le Lancet, a retiré son étude sur les dangers de l'hydroxychloroquine, après qu'il était révélé que l'étude portait sur des données fausses.

¹¹ En voulant faire reconnaître l'acupuncture dans le système de soin par une science qui est incapable d'en juger, on programme tout simplement la mort de l'exercice de l'acupuncture.

La pensée complexe : une pensée en action pour l'acupuncture

Dr Sébastien Abad

Résumé : *La pensée complexe apparaît comme étant, entre autres, l'organisation d'une approche du réel par la considération de la relation, une relation faite de rapports nombreux, diversifiés, difficiles à saisir par l'esprit, et présentant souvent des aspects différents. La pensée complexe nous semble offrir un cadre propice à un développement et à une transmission subtils du savoir acupunctural, savoir et pratique qui à leur tour viendraient enrichir les modélisations et les outils que la complexité offre. Une seule et même pensée, mais qui trouverait ici des ponts pour faire dialoguer des perspectives qui peuvent la refléter, même si elles se sont réciproquement inscrites dans la séparation.*

Mots clefs : pensée complexe, acupuncture, relation, récursivité, hologrammatique, totalité, dialogique.

Introduction à la complexité :

Comme bien souvent, ne serait-ce que par probité intellectuelle et volonté de ne pas méconnaître le moindre biais, il convient de préciser le contexte de notre propos, son point de départ.

Pourquoi nous être intéressés à la complexité ? Sans doute est-ce en lien avec notre exercice professionnel, à savoir celui de médecin de la douleur en charge d'accompagner des patients aux parcours souvent compliqués et aux tableaux polymorphes. Des patients souffrant d'une

fibromyalgie par exemple, avec un caractère bien souvent réfractaire, et développée sur un terrain dit de haute sensibilité¹.

La fibromyalgie est définie comme un syndrome douloureux chronique (c'est-à-dire évoluant depuis au moins trois mois et/ou au-delà de la durée convenue pour un tel syndrome) associant des douleurs diffuses d'intensité modérée à sévère, et d'autres signes de souffrances allant des troubles digestifs fonctionnels aux troubles mnésiques en passant par des troubles du sommeil. Elle fait partie des syndromes fonctionnels (C.O.P.C. ou Chronic Overlapping Pain Conditions) avec lesquels elle peut présenter des intrications, et peut s'associer également à des syndromes dépressifs ou anxieux généralisés. Ses conséquences sont multiples : physiques, psychiques, sociales et professionnelles. La physiopathologie est de mieux en mieux comprise mais demeure complexe et polysémique.

Elle est jusque dans sa réalité sujet à controverse, chaque spécialiste entendant la faire basculer dans son champ paradigmatique (le psychiatre y voit parfois une dépression frustrée, le rhumatologue une forme de syndrome d'Ehler Danlos hypermobile...).

Même si la douleur n'est pas le seul symptôme, le champ de ce dernier est déjà considérable. Si la douleur a une définition « officielle » et partagée par les professionnels de santé, elle accepte d'autres approches ayant parfois caractères d'apophtegmes. « La douleur est un reflet de la souffrance dans le miroir de l'humanité ». « La souffrance, non seulement n'appartient à personne, et du reste ne se refuse à quiconque sans être désirée par qui que ce soit, mais de surcroît demeure partagée par tous sans possibilité de comparaison entre les individus ». « La souffrance est parfois instrumentalisée à moins qu'elle n'instrumentalise l'individu qui la porte, chacun devenant presque symptomatique de l'autre »².

Les facteurs psychiques et sociaux ont une importance majeure.

On devine la difficulté sinon la confusion qui règnent.

Qu'en est-il des recommandations de bonne pratique ? Plusieurs recommandations de pratique clinique ont été émises par des sociétés savantes pour la prise en charge de la fibromyalgie, qui sont issues des « études fondées sur les preuves ». Prise en charge multimodale : deux grands axes que sont la psychothérapie (promouvant les stratégies

¹ N.d.A. : la place de l'acupuncture dans la prise en charge de cette pathologie et l'accompagnement des patients est abordée dans une autre conférence. La haute sensibilité est considérée comme un « terrain » et semble liée aux concepts d'hyperexcitabilité (notamment tels que décrits par Dabrowski qui les met en relation avec le potentiel de développement dans le contexte de désintégration positive : hyperexcitabilités émotionnelle, intellectuelle, imaginative, sensorielle, psychomotrice). On peut l'approcher en se référant à ce que produirait un abaissement de seuil de stimulation : seuil de discrimination de la douleur, des émotions... Ce n'est pas une pathologie mais des liens existent avec des syndromes et troubles psychiques, avec un grand risque de confusion nosologique dans un climat où le D.S.M.5 se doit de concerner la quasi-totalité de l'humanité. Lien également avec la douance, et suggérons-nous « effet de mode » probable sinon « bien pensance », offrant ainsi une justification à des comportements parfois socialement discutables. Autant d'attitudes qui nuisent sans doute à une compréhension rigoureuse de ce que représente la haute sensibilité.

² N.d.A. : observations tirées des cahiers cliniques tenus par l'auteur.

d'ajustement) et le reconditionnement à l'activité physique (activité physique adaptée et régulière pour réintégrer le mouvement dans la vie quotidienne). En favorisant l'ETP et les approches non médicamenteuses. Mais en pratique on fait comment avec la fonction de la plainte et les problèmes socio-financiers souvent associés ?

Nous sommes in fine confrontés à des problématiques multiples qui vont bien souvent au-delà de la simple difficulté à apporter – voire à convenir d' - un soulagement. D'ailleurs qu'est-ce qu'être soulagé ? Est-ce si facile à définir et est-ce si univoque ? Si la fibromyalgie, et plus largement les COPC, semblent cristalliser difficultés et complexités, n'est-ce pas le propre de toute médecine réintégrant le sujet souffrant dans son environnement, avec une recherche non plus de vaine « normalité » mais d'**amélioration de sa condition humaine tenant compte de ce qui pour lui est acceptable ou non, avec ses ambiguïtés fonctionnelles et structurelles ?**

C'est, dans notre pratique, la réflexion sémiologique accompagnant l'approche acupuncturale des C.O.P.C. et la faillite apparente des modèles épistémologiques usuels qui nous ont conduit sur les traces de la complexité.

Les problématiques sont plurielles : cliniques, épistémologiques et éthiques. Et parmi elles la difficulté de faire cohabiter des approches médicamenteuses et non médicamenteuses, au nombre desquelles les thérapies dites complémentaires. Difficulté, mais richesse également. Une richesse qui pourrait être amplifiée par un passage à un autre paradigme, à savoir celui de la pensée complexe. **Car alors, et ce sera notre propos, modélisations paradigmatiques et approches cliniques peuvent aller jusqu'à s'enrichir mutuellement, en toute réciprocité, c'est-à-dire de manière active et non par simple influence ou soumission de l'une à l'autre.**

Complexité et pensée complexe :

Mais au fait, c'est quoi la complexité ? Un mot polysémique qui mérite d'être explicité.

Le CNRTL retient : « composé d'éléments qui entretiennent des rapports nombreux, diversifiés, difficiles à saisir par l'esprit, et présentant souvent des aspects différents », mais également « ensemble d'éléments divers, le plus souvent abstraits, qui, par suite de leur interdépendance, constituent un tout plus ou moins cohérent » (1).

D'aucuns s'arrêteront au caractère « compliqué » de quelque chose qui reste difficile à saisir, quand d'autres insisteront sur la notion de « relations » nombreuses et diversifiées, intriquées et interdépendantes entre des éléments qui s'inscrivent dans une totalité et inscrivent un tout. C'est ce sens qui est à la base des réflexions de ceux qui cherchent à rendre compte d'une pensée tissée, une pensée complexe.

Mais qu'est-ce que la pensée complexe ou plutôt qu'en avons-nous compris ?

Elle est centrée sur la définition de « **complexus** », la relation, et comporte ses précurseurs, ses organisateurs, ses vulgarisateurs et ses pourfendeurs.

Depuis que l'humain arpente la Terre, curieux, il n'a sans doute pas cessé de se questionner.

L'organisation d'une pensée complexe part peut-être d'un constat à propos du réel ou plus exactement de la vie :

- Elle est plus **compliquée** qu'on ne le pense, malgré son évidence, avec des contours difficiles à définir.
- Elle est plus **complexe** qu'on ne le pense, et alors de facto plus simple que dans nos modèles classiques, en faisant intervenir la notion de « réseaux » et de parcimonie.

Entre Descartes qui sépare pour comprendre, et le structuralisme qui considère la forme globale, il s'agit de faire une place pour **les liens et les boucles**.

Nous devons garder à l'esprit que décrire le réel n'est pas sans conséquence : conséquences sur le réel lui-même (approche phénoménologique) et conséquences sur la réalité (souvent par confusion entre réel et modèle dictant nos conduites).

Décrire c'est trahir et, dans l'approche que nous sommes en train de développer, seule compte l'expérience de *soi*. Nous la résumons ainsi, si absconse peut-elle sembler, car chaque mot doit y être pesé, là encore pour trahir le moins possible : « **Agir sur l'autre en tant que *soi* dont je suis *autre* en demeurant *soi*, et non plus sur un *autre* imposé par le fait d'être *soi*** ». Comment mieux soigner dans ces circonstances où la séparation entre soi et l'autre semble de plus en plus poreuse, jusqu'à accepter un niveau de complexité où elle s'effondrera tout en maintenant la nécessaire distinction ?

Nous considérons les travaux d'Edgar Morin (2), mais également de Whitehead (3), d'Héraclite (4), de Ricoeur, de Deleuze et bien sûr nombre de textes chinois ayant fondé le corpus médical sur lequel nous travaillons.

Nous brosons dans notre développement une présentation rapide de La Méthode, à titre d'illustration. Quel est le cœur de La Méthode (5) ? Les différents tomes de La Méthode sont comme des boucles développées à partir du concept d'**auto-éco-organisation** qui s'apparente à un noyau. L'auto-éco-organisation comporte la relation complexe (complémentaire et antagoniste) entre l'autonomie de l'être vivant et sa dépendance à l'égard de l'environnement, de son auto-organisation et de son auto-production qui sont source d'autonomie. Toute vie, le tout de la vie, depuis la reproduction jusqu'à l'existence des individus sujets, depuis la dimension cellulaire jusqu'à la dimension anthropo-sociale en relève. La moindre parcelle d'existence suppose la mobilisation d'une formidable complexité organisationnelle.

Ce serait le cœur du système avec :

- En deçà les concepts de systémie (le Tout), de cybernétique (le rétrocontrôle) et d'information (ordre et bruit),

- Au-delà les notions de dialogique (coexistence des complémentaires), d'hologrammatique (le Tout et les parties), et de récursivité (la conséquence génère sa cause).
- Puis viennent les boucles. Car « en –delà et au-delà » ne veut rien dire...

Ces termes, si compliqués soient-ils d'hologrammatique, de dialogique et de récursivité sont in fine le quotidien des acupuncteurs, **mais également des auriculothérapeutes qui ont dressé des cartes de cette oreille où l'espace semble le disputer au temps**. Mais peut-être reste-t-il encore un autre pas à franchir ? Celui qui intégrerait pleinement l'enveloppe somatopsychique du soignant à celle du soigné, par le biais des mécanismes de co-construction induits par la clinique et par le truchement d'un acte thérapeutique qui, pour être efficace, nécessite la cohérence partagée et non une simple persuasion à sens majoritairement unique.

La pensée complexe offre un nouveau cadre de problématisation :

« Mieux (com)prendre et ne plus mutiler, ou générer son impuissance à agir par un syndrome venant en surimpression de la pathologie³ ».

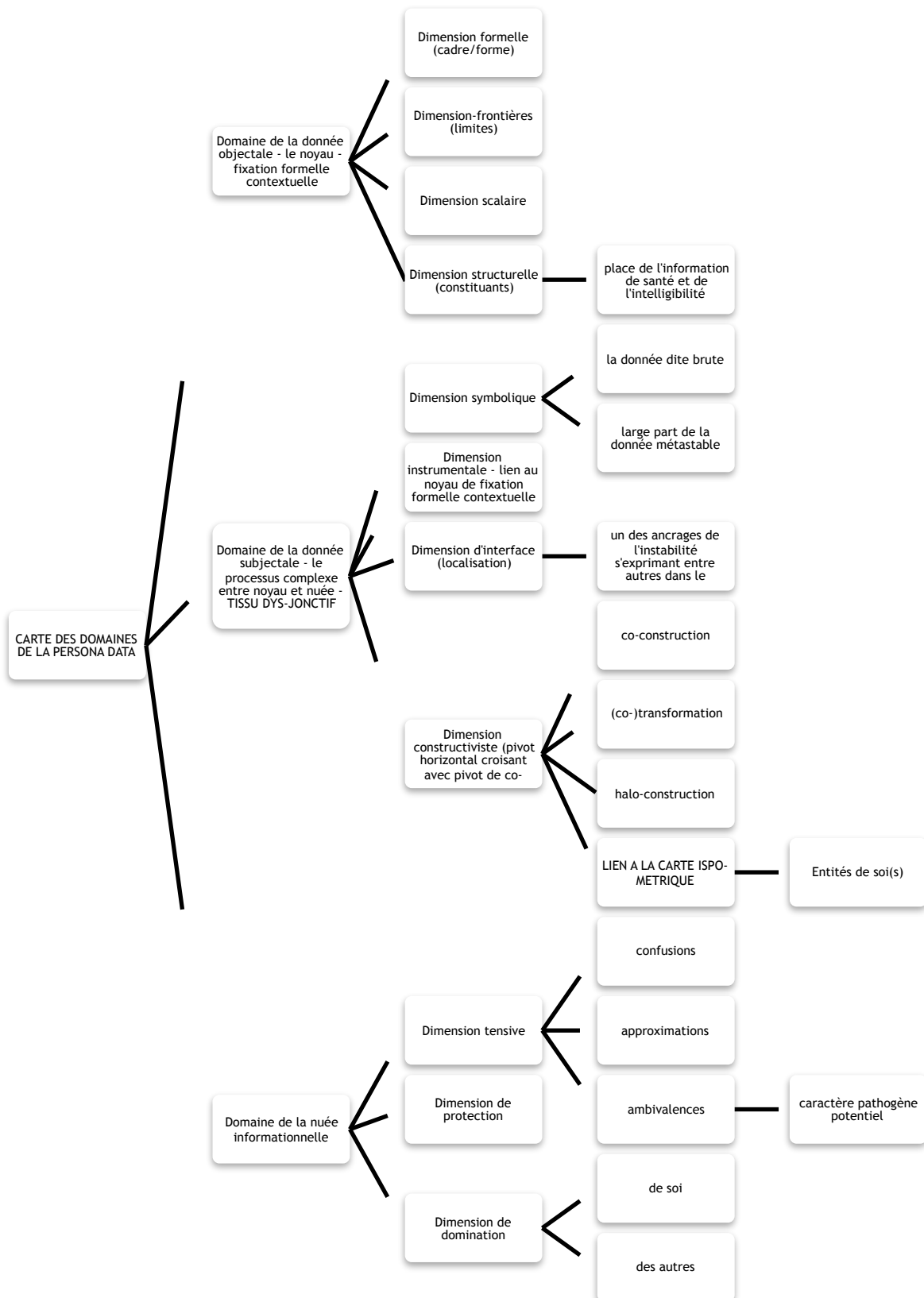
Une fois ces premières briques posées, il nous semble impossible de négliger plus longtemps un certain nombre de ce qui nous semble des évidences. Nous en citerons certaines : faire de la médecine, c'est faire société et politique ; penser c'est parfois traiter la pensée qui ignore qu'elle se mire à travers son propre miroir quand elle croit décrire le réel (ces problèmes de réflexions et références ont été abordés par Ricoeur avant nous) ; la capitulation existe dans la relation thérapeutique actuelle ; une clinique de la rencontre nécessite que soient pris en considération les « signes » du thérapeute.

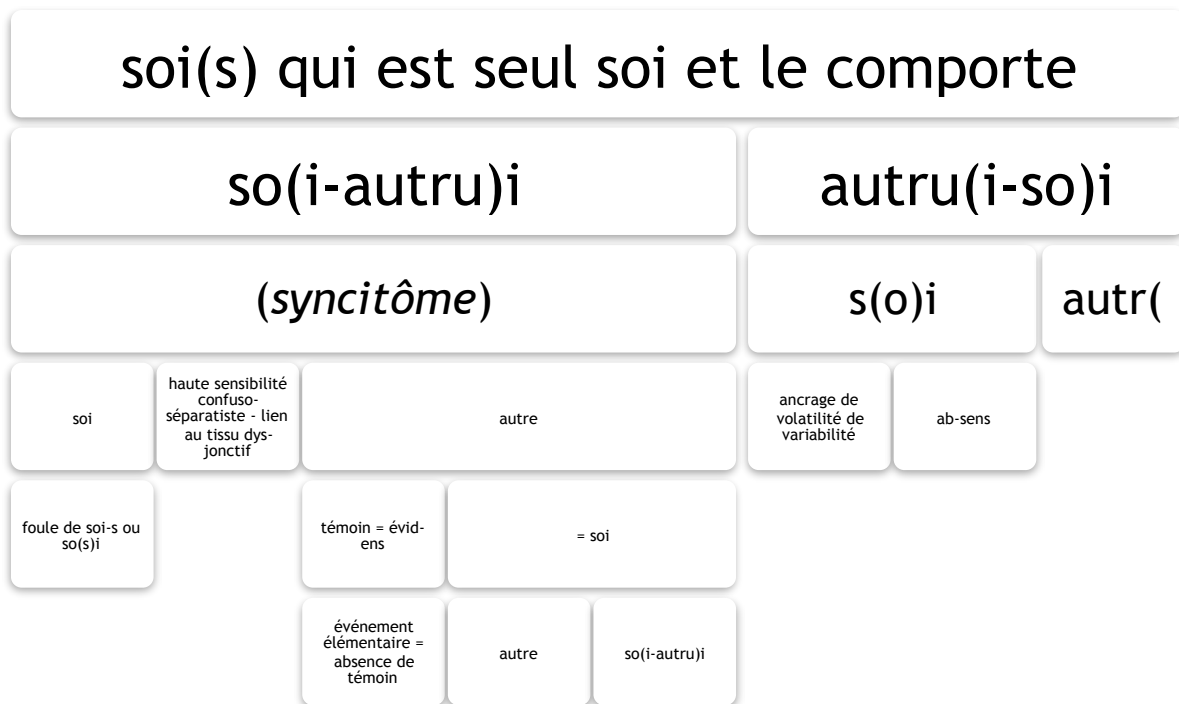
Nous pouvons alors reprendre les grandes problématiques une par une en nous assignant un devoir de problématisation au sens strict, c'est-à-dire de mise en exergues des tensions qui couvrent en fait, pour chaque domaine, l'ensemble de ces derniers : éthique, logique, épistémologique, pratique.

Problématiques **éthiques**. Illustration du traitement de la problématique relative à l'empire – emprise – des données de santé à caractère personnel, qui a donné lieu à l'établissement de premiers outils complexes applicables en clinique, les cartes persona data et ipsométrique (6). Ces cartes sont également le fruit d'une approche géométrique singulière de l'enveloppe somato-psychique, sous la forme d'un n-tope dite bouteille de Klein, dont la description trouvera sa place ailleurs que dans la présente communication. Des outils qui pourraient être

³ N.d.A. : nous commençons à voir se dessiner ici des problématiques d'ordre éthique qui feront l'objet d'une autre communication.

intéressant pour inscrire la sémiologie propre à la médecine chinoise, mais également à l'auriculothérapie et toute thérapie souhaitant intégrer le rôle joué par le thérapeute non plus dans le seul soin, mais dans la clinique tout entière.





Ces cartes seront décrites à l'occasion de communications qui pourront être faites, si vous le souhaitez, à propos de la Consultation de Pensée Complexe en Santé (C.P.C.S.), suggérée en infra.

Description d'un **possible cheminement épistémologique** ayant pour point de départ la considération du poids de la relation et de sa pathologie. Et ce en appliquant les précautions éthiques imaginées précédemment.

Pertinence d' « une **approche complexe à plusieurs niveaux de complication(s)** » dans le cadre de « situations compliquées à plusieurs degrés de complexité ». Car la complexité peut apporter des solutions quand les complications, parfois directement en lien avec la modélisation, sont source de difficultés alimentant toujours plus de questions sans réponse. Quelle peut-être la place de la stratégie acupuncturale dans ce processus ?

De la complexité à l'acupuncture et inversement : un dialogue incessant

En première lecture, **quels éléments dits « complexes » trouve-t-on dans la pratique de l'acupuncture** : place de l'hologrammatique (acupuncture balancée), place de la récursivité (intentionnalité ou modélisation n-tope et carte ipsométrique ?), place de la dialogique (abord des *san bao* et modélisation par le *taiyi/taiji* ou là encore carte ipsométrique ?)⁴.

⁴ N.d.A. : ces termes seront brièvement explicités lors de la présentation orale.

La pensée complexe nous mettrait dans les conditions de détection de liens entre les modèles, de méta-liens entre modèles et modélisateurs, puis de résolution au travers de modélisations transgressives pourvues de « points d'effondrement » dans la réalité même, sans cependant se confondre avec elle (ce qui réactiverait une problématique éthique).

La pensée complexe pourrait non seulement être interlocutrice avec l'acupuncture, mais également médiatrice entre cette dernière et la médecine scientifique occidentale. Un terrain de rencontre qui ne peut être à la croisée des deux (autre approche) mais dans la structuration complexe de *soi(s)* qui se concentre sur leurs liens selon cette dernière. Et en tant que clef à ce dialogue : **des tableaux cliniques non plus séparatistes mais distributifs.**

Nous abordons ainsi dans nos modélisations la **considération d'une possible abstraction de la dimension psychique sans pour autant nous réduire à une toute puissance de la somatisation.** Et ce par le truchement de nos cartes. Nous en arrivons à cette proposition du fait de notre démarche épistémologique originale, d'une intégration du noyau de La Méthode avec adaptation, et d'une application de la récursivité. Nous pourrions détailler ce qui porte sur le second élément et en particulier la notion d'adaptation, et en faire une des originalités de notre approche.

Vient ensuite le temps de l'**application pratique.** Car toute pensée n'acquiert son intérêt collectif que dans une praxis partagée. Certes il ne s'agit encore que de pistes. Elles seront présentées dans le cadre d'un travail dédié à ce que nous avons appelé la « thérapeutique de l'événement ». Il s'agit de rester transgressif et de construire à partir de la complexité et de ses applications des structures descriptives et modificatrice du « reflet sans objet » selon lequel *soi(s)* serait inscrit en lui-même, serait une partie du tout qu'il est en tant que *soi*. Ce pas de côté offre des perspectives insoupçonnées. **Être transgressif et rigoureux.** Nous nous garderons des seules deux options qui nous semblent imposées encore aujourd'hui : nous soumettre à un des courant du tétralemmes du corps-esprit ou verser dans un ésotérisme, d'une part incarcéré dans la démarche individuelle, et d'autre part non rationnel encore plus qu'irrationnel. La pensée de la complexité n'est pas complexification de la pensée mais l'inverse. Et il s'agit de s'orienter vers la pensée du complexe et non la seule pensée complexe – savoir-faire, savoir-être et « soi-voir ».

Nous pouvons ainsi voir se dessiner les contours de ce que serait une **Consultation de Pensée Complexe en Santé**, au service d'un patient qui n'est plus pris en charge mais dans un accompagnement réciproque, et alimentant les cartes et le corpus même de sa fondation. L'acupuncture apportera alors des éléments « de terrain » à la compréhension de la complexité, à sa modélisation prudente, au développement de nouveaux outils d'élaboration sémiologique et thérapeutiques.

Par ailleurs, les conséquences de ce glissement épistémiques ne sauraient être uniquement médicales. Nous pouvons citer les **conséquences sociales, politiques et artistiques.** Une

réflexion quant aux incidences possibles de notre positionnement face aux zélotes des fake-médecine nous semble également propre à être portée à la discussion.

Nous voyons donc que les allers-retours entre pensée complexe et « pensée acupuncturale » témoignent d'une grande proximité et en définitive d'une seule et même pensée clinique, celle de ce que nous appelons encore le Vivant. Une pensée qui se garde de confondre le modèle et le réel, et qui ne se laisse pas illusionner par les difficultés qui peuvent conduire à croire qu'elle observe le réel quand en réalité elle se regarde passer.

Remerciements :

Merci à Mr Edgar MORIN pour son soutien moral et épistolaire à nos projets d'application de la pensée complexe en santé.

Dr Sébastien Abad

Praticien hospitalier au C.H.U. de Nantes, Service Interdisciplinaire Douleur, Soins Palliatifs et de Support, Ethique et Médecine Intégrative. Médecin de la douleur, médecin en soins palliatifs, acupuncteur, master II éthique médicale.

abadsebastien@gmail.com

Président de l'association NAULIMUS.

naulimus@gmail.com

Bibliographie succincte

- (1) –C.N.T.R.L. (2021). *Définition de « complexe »*. En ligne <https://www.cnrtl.fr/definition/complexe>, consulté le 12/09/2021.
- (2) Morin, E. (2008, octobre). *La médecine et les médecines*. Communication présentée au Séminaire international intitulé « L'Intégration des Médecines Traditionnelles et Complémentaires dans les Systèmes Sanitaires Publics », Florence, Italie.
- (3) Whitehead, A.N. (2004). *Modes de Pensée*. Paris : VRIN.
- (4) Héraclite (2017). *Fragments recomposés. Présentés dans un ordre rationnel par Marcel Conche*. Paris : P.U.F.

- (5) Fortin, R. (2021). *Penser avec Edgar Morin*. Laval (Canada) : Hermann, presses de l'université Laval.
- (6) Abad, S. (2021). *Pourquoi les données personnelles de santé ne sont pas des données. De la nécessité d'un pas de côté dans la complexité*. Mémoire pour le Master II d'éthique médicale, Université de Nantes, France. Soutenu publiquement le 08/06/2021.

Faut-il encore parler d'effet placebo en acupuncture ?

Dr Henri Yves Truong Tan Trung

Résumé : le terme placebo est souvent associé à l'acupuncture : à la fois pour désigner le groupe comparateur dans les essais cliniques et pour qualifier tout ou partie de l'effet de l'acupuncture. L'auteur détaille les notions de groupe comparateur, d'effet spécifique et d'effet contextuel.

Mots clés : acupuncture - placebo – effet spécifique – effet contextuel - groupe comparateur – sham acupuncture.

Introduction.

Nous ne développerons pas dans cette présentation la partie étymologique et historique de l'effet placebo, disponible dans de nombreux ouvrages [1]. Nous nous intéresserons à deux aspects spécifiques décrits sous le terme de groupe placebo et d'effet placebo, à savoir la notion de groupe contrôle utilisée dans les essais cliniques et la notion d'effet contextuel, décrit dans tout type de soins et étudié ici dans le cadre de l'acupuncture.

Acupuncture et essais cliniques = le placebo-outil comparateur.

Dans le cadre de la médecine basée sur des données probantes (Evidence Based Medicine = EBM), la prise de décision médicale repose sur la notion d'association des meilleures données issues de la recherche médicale avec la prise en compte de l'expérience clinique du praticien et des valeurs et préférences du patient. Parmi les données de la recherche, l'essai contrôlé randomisé (ECR), les revues systématiques (SR) et méta-analyses (MA) occupent une place majeure.

Lors de la réalisation d'un essai clinique, différents types de biais sont susceptibles d'affecter les résultats et interprétations des données (biais d'attrition, biais de confusion, biais de sélection, biais de suivi, biais d'évaluation, ...). Parmi ceux-ci *le biais de confusion* est lié à une erreur d'appréciation entre les effets de la thérapeutique étudiée et les conséquences de la maladie traitée. En clair, le résultat observé n'est pas-t-il dû à autre chose que la thérapeutique évaluée ? Pour le limiter, il est nécessaire d'utiliser un groupe comparateur ou groupe contrôle souvent appelé groupe placebo.

Afin de pouvoir juger d'un effet spécifique de l'acupuncture, différents groupes témoins peuvent être utilisés, parfois en association :

- l'absence de soins (WL= waitlist)
- des soins courants (ST= standard care)
- une acupuncture simulée (SA = sham acupuncture)

Même dans le groupe sans traitement (WL), nous allons cependant observer une amélioration de l'état clinique des patients, indépendante de l'utilisation de toute thérapie active, due à divers phénomènes :

- l'évolution naturelle de la maladie

- le phénomène de régression à la moyenne
- l'effet Hawthorne
- des effets statiques comme le paradoxe de Simpson et le phénomène de Rogers

Dans le cadre d'un essai médicamenteux, la prescription d'une substance inerte entraîne une modification favorable (placebo) ou défavorable (nocebo) de l'état clinique du patient en dehors d'un effet spécifique du traitement. L'effet placebo/nocebo constitue un apparent oxymore désignant l'*effet* d'une substance *sans effet*. Il est rendu possible par l'existence d'un effet appelé contextuel.

Cet effet contextuel englobe tout un ensemble de paramètres, pouvant influencer favorablement ou défavorablement sur l'effet du soin survenant lors du tout acte thérapeutique. Ces éléments comprennent le rituel thérapeutique, les conditions environnementales et la relation médecin-patient.

Le rituel thérapeutique comprend, pour le médicament, la voie d'administration, le goût, le nom, le prix et la couleur.

Les conditions environnementales tiennent compte quant à elles de la personnalité et croyances du patient, de l'attitude de l'entourage, du lieu et de l'attention de l'équipe soignante.

La qualité de la relation patient-soignant prend ici toute sa place.

L'effet placebo met en jeu des mécanismes cognitifs conscients (attentes, croyances et espoirs) et des mécanismes neurophysiologiques inconscients (conditionnement). Il s'agit d'un phénomène psychobiologique complexe mettant en jeu différentes structures anatomiques (cortex préfrontal, l'amygdale et le noyau accumbens, la substance grise périaqueducale, le gyrus cingulaire antérieur, la région rostro-ventrale du bulbe) et différentes molécules antalgiques (endorphines) ou neuromédiateurs inhibiteurs de la douleur (noradrénaline et sérotonine).

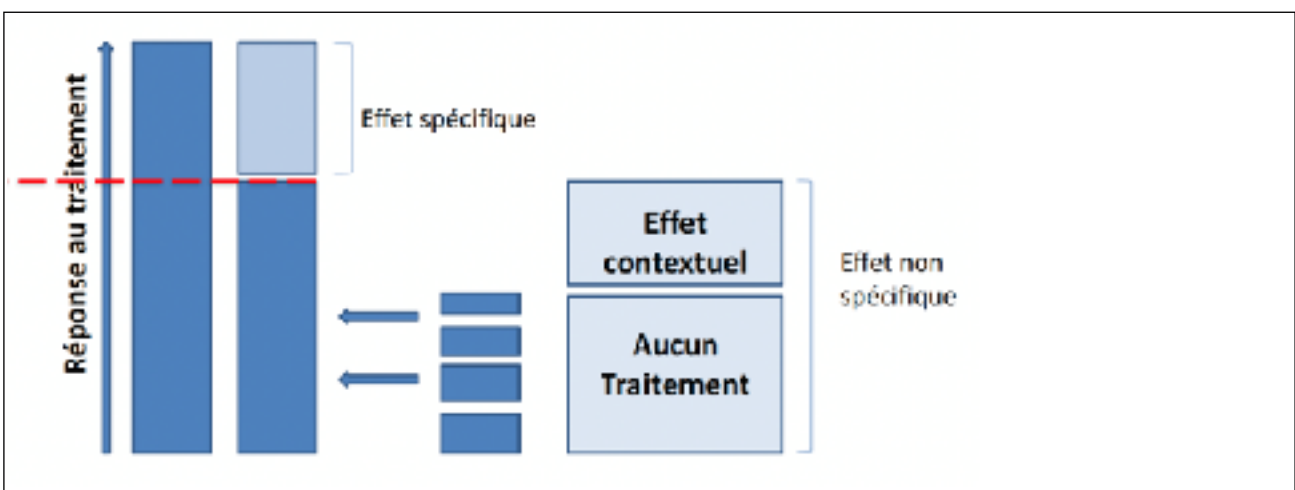


Schéma n°1 : L'effet non spécifique est constitué par l'addition de l'effet contextuel et de l'amélioration observée en l'absence de toute thérapeutique. La réponse globale au traitement comprend effet spécifique et non-spécifique

La réponse globale au traitement est constituée par l'addition d'un effet spécifique du traitement et d'un effet non spécifique résultant lui-même de la superposition de l'effet contextuel et de

l'amélioration observée en dehors de toute thérapeutique active. Cet effet non spécifique est également appelé effet placebo. Il résulte à la fois de mécanismes naturels, statistiques et neurobiologiques comme nous l'avons vu. [2]

Le paradoxe de la spécificité (efficacy paradox)

Si l'on prend en compte seulement la taille de l'effet (effect size), on aboutit au paradoxe suivant : un traitement A entraînant une réponse globale supérieure au traitement B sera déclaré moins efficace (moins spécifique) car le traitement B possède une taille d'effet plus importante et déclarée pertinente du point de vue clinique. [3]

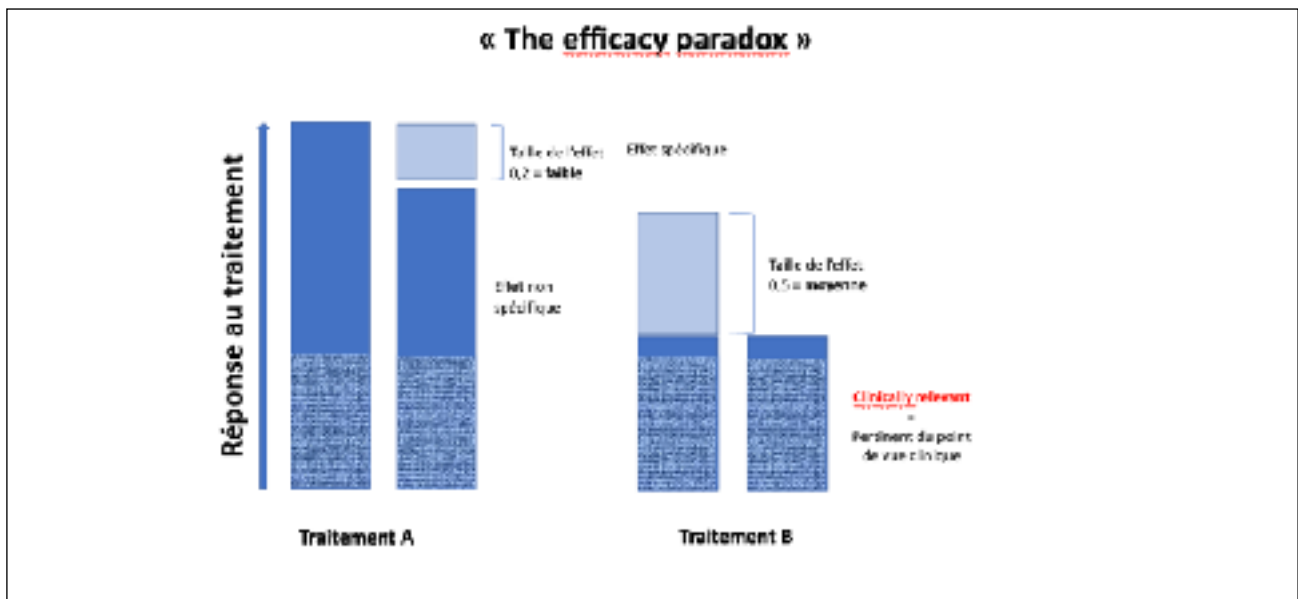


Schéma n°2 : le paradoxe de la spécificité

La conclusion qui a parfois été tirée à partir de certains essais allemands sur la lombalgie [4] est que l'acupuncture n'est pas plus efficace que le placebo. Cette affirmation a été plusieurs fois reprises par les sceptiques à l'acupuncture. Il est à noter que l'étude réalisée à la même époque montrant un effet spécifique de l'acupuncture n'a pas eu le même écho [5].

L'autre conséquence sera le choix du groupe comparateur dans les essais cliniques : il convient d'éviter d'utiliser un groupe contrôle avec pénétration cutanée [6] qui ne peut être qualifié d'inerte. Car l'acupuncture simulée - par opposition à la vraie acupuncture (VA=verum acupuncture) – comprend elle-même différentes techniques : avec franchissement de la barrière cutanée ou sans franchissement de la barrière cutanée. Chaque procédure *sham* a un effet thérapeutique qui lui est propre, ne constitue pas un placebo pur et possède une part non inerte mal expliquée, introduisant la notion de faux placebo.

Avec franchissement de la barrière cutanée	Sans franchissement de la barrière cutanée
--	--

• Puncture superficielle de véritables points d'acupuncture indiqués dans la pathologie • Puncture superficielle de faux points d'acupuncture • Puncture superficielle de véritables points d'acupuncture mais non indiqués dans la pathologie • Puncture profonde de faux points d'acupuncture • Puncture profonde de véritables points d'acupuncture mais non-indiqués dans la pathologie	• Aiguilles placebo (Streitberger, Park et Takakura) • Stimulation du point avec un autre objet que l'aiguille (tube guide, bâton, ...) • Autre modalités de stimulation sham : – avec contact cutané (TENS) – sans contact cutané (Sham laser)
--	--

Schéma n° 3 : les différentes modalités d'acupuncture factice utilisées dans un groupe-témoin

Toutes les modalités de soins n'ont pas le même effet contextuel : l'acupuncture simulée a un effet supérieur au médicament per os et inférieur à la chirurgie sham [7]. L'acupuncture factice a un effet particulièrement important : par exemple, l'acupuncture simulée améliore cliniquement le patient faisant une crise d'asthme alors que les critères spirométriques sont diversement modifiés [8,9].

D'autre part, acupuncture et acupuncture simulée n'agissent pas sur les mêmes structures neuro anatomiques, comme le montre les techniques d'IRM fonctionnelle [10, 11, 12, 13].

Effet spécifique de l'acupuncture

Lorsque la différence entre les résultats du groupe traité et ceux du groupe témoin dépasse un certain seuil, on parle alors d'effet spécifique. L'acupuncture possède un effet spécifique dans les pathologies suivantes :

- Migraine [14,15,16,17],
- Céphalées de tension [16],
- Prostatite chronique [18,19,20],
- Obésité [21,22],23,
- Douleurs [24,25]
- Douleurs en oncologie [26]
- Nausées et vomissements post opératoires [27,28],
- Gonalgie [29,24],
- Anxiété péri-opératoire [30],
- Iléus post-opératoire [31],
- Insomnies [32].

Acupuncture dans la « vraie vie » = le placebo-intervention

La question qui se pose serait de prescrire intentionnellement un placebo-médicament ou d'effectuer une intervention placebo avec une intention thérapeutique dans le cadre de la délivrance de soins hors de tout cadre de recherche. Cela semble tout simplement non éthique en tant que médecin. Il ne saurait en effet être question de nous affranchir du code de déontologie médicale à savoir des articles 32 relatif à la qualité des soins et 39 relatif au charlatanisme [33].

... le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés **sur les données acquises de la science**...

Article 39 - Charlatanisme

Les médecins ne peuvent proposer aux malades ou à leur entourage comme salubre ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé.

Il convient donc de différencier ce qui relève de l'intentionnel (étymologiquement placebo) de ce qui relève du non-intentionnel (l'effet contextuel) et qui s'applique à toute prise en charge thérapeutique, acupuncturale ou autre. L'acupuncture dispose actuellement d'une base solide de données probantes qui permettent de délivrer des soins conformément aux dispositions de la déontologie médicale.

Conclusion :

Le terme d'effet placebo comprend différents phénomènes complexes (effet spécifique, effet non spécifique, groupe témoin, effet contextuel, ...) qu'il convient d'individualiser et de nommer correctement pour les appliquer à l'acupuncture. A l'instar des termes de médecines douces, alternatives ou complémentaires qui ne sont plus adaptés pour qualifier l'acupuncture, il semble important d'utiliser une terminologie adéquate pour permettre d'intégrer l'acupuncture à la place qui est la sienne au sein de la pratique médicale.

Références bibliographiques

1. Cyrulnik B. Qu'est-ce qui guérit ? L'effet placebo...Paris : Philippe Duval, 2016, 206 p.
2. Truong Tan Trung HY. Spécificités de l'effet placebo en acupuncture «9ième ICEPS e-Conférence: INM : innovations scientifiques, économiques et réglementaires», Apr 1-2, 2021. France.
3. Zhang W, Doherty M. Efficacy paradox and proportional contextual effect (PCE). Clin Immunol. 2018 Jan;186:82-86.
4. Haake M, Müller HH, Schade-Brittinger C, Basler HD et al. German Acupuncture Trials (GERAC) for chronic low back pain: randomized, multicenter, blinded, parallel-group trial with 3 groups. Arch Intern Med. 2007 Sep 24;167(17):1892-8.
5. Witt C, Brinkhaus B, Jena S, Linde K, Streng A, Wagenpfeil S et al. Acupuncture in patients with osteoarthritis of the knee: a randomised trial. Lancet. 2005 Jul 9-15;366(9480):136-43.
6. MacPherson H, Vertosick E, Lewith G, Linde K, Sherman KJ, Witt CM, et al. Influence of Control Group on Effect Size in Trials of Acupuncture for Chronic Pain: A Secondary Analysis of an Individual Patient Data Meta-Analysis. PLoS ONE. 2014 ; 9(4): e93739
7. Meissner K, Fässler M, Rücker G, et al. Differential Effectiveness of Placebo Treatments: A Systematic Review of Migraine Prophylaxis. JAMA Intern Med. 2013;173(21):1941-1951.
8. Wechsler ME, Kelley JM, Boyd IOE, et al. Active albuterol or placebo, sham acupuncture, or no intervention in asthma. N. Engl. J. Med.. 2011;365:119-126.
9. Kaptchuk TJ, Hemond CC, Miller FG. Placebos in chronic pain: Evidence, theory, ethics, and use in clinical practice. BMJ. 2020;370:m1668.
10. Harris RE, Zubieta ZJK, Scott DJ, et al. Traditional Chinese acupuncture and placebo (sham) acupuncture are differentiated by their effects on μ -opioid receptors (MORs). NeuroImage. 2009;47(3):1077-1085.
11. Maeda Y, Kim H, Kitter N, et al. Rewiring the primary somatosensory cortex in carpal tunnel syndrome with acupuncture. Brain. 2017;140(4):914-927.
12. Yu S, Xie M, Liu S, Guo X, Tian J, Wei W et al. Resting-State Functional Connectivity Patterns Predict Acupuncture Treatment Response in Primary Dysmenorrhea. Front Neurosci. 2020 Sep 8;14:559191.
13. Wang YK, Li T, Ha LJ, et al. Effectiveness and cerebral responses of multi-points acupuncture for primary insomnia: a preliminary randomized clinical trial and fMRI study. BMC Complement Med Ther. 2020;20(1):254.
14. Ou MQ, Fan WH, Sun FR, Jie WX, Lin MJ, Cai YJ et al. A Systematic Review and Meta-analysis of the Therapeutic Effect of Acupuncture on Migraine. Front Neurol. 2020;11:596.
15. Pu Shengxiong, Ouyang Qingrong, Yang Fei, Li Zhimin, Cao Xing, Luo Jiaming. [Life quality of acupuncture patients with migraine prophylaxis: a Meta-analysis]. Chongqing Medical Journal.2019;1:106-11.
16. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Fei Y, Mehning M, Vertosick EA, Vickers A, White AR. Acupuncture for the prevention of episodic migraine. Cochrane Database Syst Rev. 2016. [186250].
17. Coeytaux RR, Befus D. Role of Acupuncture in the Treatment or Prevention of Migraine, Tension-Type Headache, or Chronic Headache Disorders. Headache. 2016 Jul;56(7):1238-40.
18. Zhang W, Fang Y, Shi M, Zhang M, Chen Y, Zhou T. Optimal acupoint and session of acupuncture for patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a meta-analysis. Transl Androl Urol. 2021;10(1):143-153.

19. Franco JVA, Turk T, Jung JH, Xiao YT, Iakhno S, Garrote V et al. Non-pharmacological interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a Cochrane systematic review. *BJU Int.* 2019;124(2):197-208.
20. Chang SC, Hsu CH, Hsu CK, Yang SS, Chang SJ. The efficacy of acupuncture in managing patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A systemic review and meta-analysis. *Neurourol Urodyn.* 2017 Feb;36(2): 474-481.
21. Pan Junjun, Fan Su, Zhang Zhenyu. Meta Analysis on Efficacy of Acupuncture in the Treatment of Simple Obesity. *Journal of Clinical Acupuncture and Moxibustion.* 2020;36(8):54.
22. Zhang K, Zhou S, Wang C, Xu H, Zhang L. Acupuncture on Obesity: Clinical Evidence and Possible Neuroendocrine Mechanisms. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2018 Jun 14;2018:6409389.
23. Cho WC, Li C, Chen HY. Clinical efficacy of acupoint embedment in weight control: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(36).
24. Vickers AJ, Vertosick EA, Lewith G et al, Acupuncture Trialists' Collaboration. Acupuncture for Chronic Pain: Update of an Individual Patient Data Meta-Analysis. *J Pain.* 2018 May;19(5):455-474.
25. Vickers AJ, Cronin AM, Maschino AC, et al; Acupuncture Trialists' Collaboration. Acupuncture for chronic pain: individual patient data meta-analysis. *Arch Intern Med* 2012;172:1444-53.
26. He Y, Guo X, May BH, et al. Clinical Evidence for Association of Acupuncture and Acupressure With Improved Cancer Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Oncol.* 2019;6(2):271-8.
27. Lee A, Done ML. The use of nonpharmacologic techniques to prevent postoperative nausea and vomiting: a metaanalysis. *Anesth Analg.* 1999;88(6):1362-9.
28. Zhu Dan, Lv Huang-Wei. Effectiveness of P6 stimulation on postoperative nausea and vomiting: a meta-analysis. *Chinese Journal of EBM.* 2010;10(8):923-31.
29. Wang T, Liu Y, Ning Z et al. Efficacy and safety of acupuncture for the treatment of knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Acupuncture and Tuina Science.* 2020;18(3):180-190
30. Bae H, Bae H, Min BI, Cho S. Efficacy of acupuncture in reducing preoperative anxiety: a meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2014;2014:850367.
31. Li Jinjin, Shao Xiaomei, Zhao Wensheng, Shang Yue, Liang Yi, Chen Qin et al. A Systematic review and meta-analysis to acupuncture on postoperative ileus. *Journal of Zhejiang University of Traditional Chinese Medicine.* 2015;2:162-166.
32. Liu C, Xi H, Wu W, Wang X, Qin S, Zhao Y et al. Placebo effect of acupuncture on insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Ann Palliat Med.* 2020;9(1):19-29.
33. Conseil National de l'Ordre des Médecins : Code de déontologie médicale / Devoirs envers les patients. [online] <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/introduction-commentaires-code-deontologie-art-1/introduction-commentaires-code> (consulté le 01/01.2021)



Dr Henri Yves Truong Tan Trung

Président CFA-MTC

79, rue Massey

65000 TARBES

☎ : 05 62 44 00 56

✉ : henri.truong@wanadoo.fr _

Intégrer. Avec quelle intention ?

Dr Lukasz JABLONSKI

Résumé :

La question des médecines non-conventionnelles est face à un champ sémantique important : douces, complémentaires, alternatives, parallèles, naturelles, holistiques, traditionnelles ou encore non conventionnelles, non médicamenteuses, non éprouvées, non orthodoxes et plus récemment intégratives. Aucun des nombreux termes rencontrés dans la littérature ne semble suffisant et ils témoignent de la variété d'approches existantes.

Partant d'une enquête de terrain réalisée au premier semestre 2019 auprès de 14 médecins généralistes intégrant une ou plusieurs médecines complémentaires et alternatives (MCA) à leur exercice quotidien, il a pu être mis en évidence trois modes d'intégration de ces MCA : une manière qui vient compléter la médecine conventionnelle, un mode qui alterne entre médecine conventionnelle et MCA et un 3e mode où l'ensemble apparaît comme un fondu original de pratiques hybridées entre elle. La définition d'une MCA ne suffit pas à expliquer le mode d'intégration. Au-delà des pratiques exercées, de leur forme (prescription de produits ou de pratique, soin sur le corps ou approche à médiation par l'esprit) ou encore du type de formation suivie, il semble que ce soit avant tout l'intention qui préside aux modes d'intégration par les praticiens. Apparaît alors une notion décrite par la médecine traditionnelle chinoise (MTC) et l'énergétique : le principe du Yi. Principal vecteur orientant le geste, il permet de comprendre comment au-delà de la forme, l'énergie peut être mobiliser par un praticien en acupuncture.

I. Introduction

La question des médecines non-conventionnelles est face à un champ sémantique important : douces, complémentaires, alternatives, parallèles, naturelles, holistiques, traditionnelles ou encore non conventionnelles, non médicamenteuses, non éprouvées, non orthodoxes et plus récemment intégratives. Aucun des nombreux termes rencontrés dans la littérature ne semblent suffisant et ils témoignent de la variété d'approches existantes. L'acupuncture occupe une place particulière du fait de son implantation à l'échelle mondiale. En France, on recense près de 6 millions d'actes liés à la médecine traditionnelle chinoise, pratiquées ou non par des médecins diplômés d'un doctorat en médecine. Malgré ces chiffres et son héritage culturel, l'acupuncture n'en demeure pas moins une MCA parmi les autres. A la multitude de termes qualifiant ces médecines s'ajoute la disparité de professionnalisme des intervenants (professionnels dûment formés, praticiens en manque de qualification, charlatans) ainsi que la variété de cadres dans lesquels ces médecines sont rencontrées aujourd'hui : cabinets libéraux, hôpitaux, cliniques, mais aussi des dispositifs innovants non médicalisés (ex : réseau de santé, centres ressources), des espaces marginaux (comme le domicile des praticiens) ou encore au sein de mouvements sectaires. Enfin, les manières dont les patients s'emparent de ces méthodes sont tout aussi nombreuses. Ainsi une même approche peut être utilisée de façon complémentaire par un individu (c'est à dire en complément d'un traitement médical) et de façon alternative par un autre (en remplacement du traitement médical). Cette grande hétérogénéité montre la complexité du sujet et nous choisissons de parler de médecines complémentaires et alternatives (MCA) pour distinguer ces deux intentions d'usage et de pratique.

Après avoir posé le contexte de l'exercice des MCA en France, nous explorerons les motivations des praticiens à intégrer ces pratiques. En s'appuyant sur les résultats d'une enquête de terrain, nous proposerons des profils d'intégration et dessinerons leur dynamique à la lumière des neurosciences. Enfin, les concepts de la médecine traditionnelle chinoise du *yi* et du *zhi* permettront de préciser la notion d'intention.

1. La motivation des patients : un système de santé en mutation

Notre système de santé a connu une mutation dans laquelle le *cure* (capacité à traiter la maladie par un procédé technique précis) est peu à peu remplacé par le *care* (capacité à accompagner la personne dans sa globalité). « Traiter des maladies » est devenu au fil des années « accompagner le malade ».

Cette évolution s'est déroulée avec comme toile de fond un monde mondialisé et une population qui souhaite trouver des moyens de faire face aux dégâts du progrès. Les patients se sont autonomisés par désir de reprendre le contrôle sur leur santé mais aussi par défiance envers l'institution. Ils cherchent davantage d'accompagnement que de prise en charge. Leur souhait est une offre singulière et personnalisée. Les patients sont à la recherche de davantage de *care* dans la proposition thérapeutique qu'ils jugent centré sur le *cure*.

Le cadre légal d'exercice des MCA s'est infléchi comme en témoigne la présence de ces approches dans des espaces où la science médicale ne laissait aucune place à ces pratiques d'un « autre temps », considérées comme non prouvées scientifiquement. Pour illustrer cette tendance, on peut citer plusieurs exemples : la présence à l'heure actuelle d'au moins une offre relevant d'une pratique de soin non conventionnelle dans chaque CRLCC (centre régional de lutte contre le cancer), des services hospitaliers dédiés aux MCA ont vu le jour (Centre de médecine chinoise intégrée créé en 2010 à l'AP-HP), l'usage des MCA dans les centres antidouleur, l'ouverture du premier centre Ressource. L'intérêt de la recherche dans le domaine a fait émerger de nouvelles structures avec la création de la plateforme universitaire d'évaluation des interventions non médicamenteuses en 2011 (CEPS : Collaborative d'Evaluation des programmes de Prévention et de Soins de support), la constitution en 2015 du groupe d'évaluation des thérapies complémentaires personnalisées (GETCOP), l'instauration en 2017 d'un Collège universitaire de médecines intégratives et complémentaires (CUMIC) ou encore la publication de plusieurs rapports INSERM portant sur l'évaluation des MCA.

Aux différentes intentions des demandeurs de ces soins s'ajoutent les différentes motivations des médecins les exerçant.

2. Les motivations des médecins

Paradoxalement, ce n'est pas l'évolution de la demande des patients qui permet de comprendre les motivations des médecins généralistes à se tourner vers la pratique d'une MCA. Historiquement, la place du pluralisme thérapeutique dans le monde européen et américain débute dans les années 70.

Bouchayer s'est intéressée à la trajectoire de médecins généralistes dans les années 1980. Son travail a mis en évidence que la pratique d'une MCA par le médecin généraliste permet d'abord de réinvestir une activité vécue comme répétitive et peu passionnante et d'un manque de perception de l'adéquation entre les savoirs appris durant leurs études médicales et les symptômes présentés par leur clientèle. La pratique de méthodes de soins non conventionnels par des médecins généralistes s'expliquerait et s'analyserait comme une manière de réinjecter de l'intérêt dans leur métier et non dans une intention première de répondre à l'évolution des attentes. Au sujet des MCA, la recherche d'un regain d'intérêt des médecins généralistes et l'évolution sociétale de la demande en soins semblent avoir suivi un parcours parallèle pour se rencontrer dans le cabinet du généraliste.

Les différents travaux concordent vers des éléments communs expliquant la motivation des médecins généralistes à se tourner vers la pratique d'une MCA : les lacunes existantes de la médecine allopathique avec la sensation de ne pas être suffisamment expérimentés dans des domaines de la pratique quotidienne comme la prise en charge de la douleur, la réponse aux troubles fonctionnels, la gestion des effets secondaires des traitements lourds. Le désir d'accroître un arsenal thérapeutique et d'utiliser des remèdes moins invasifs et iatrogènes sont également cités. La globalité de la prise en charge que permettent les MCA est davantage développée, selon ces médecins, que dans la médecine allopathique qui est jugée plus symptomatique. La recherche de méthodes de travail qui soient plus agréables et qui répondent davantage à leurs valeurs et vision de la santé sont également nommées.

Se former aux MCA s'apparente davantage à une démarche personnelle qu'à une formation professionnelle continue. L'antagonisme entre la présence des MCA dans les milieux du soin en France et les tensions des discours pourrait expliquer le retard pris par la France dans la proposition de formations en MCA aux médecins. On observe cependant une évolution des possibilités de formation sous le triple effet de la demande des usagers, des résultats de la recherche sur l'efficacité thérapeutique et de l'innocuité des MCA, et de l'influence de ce qui se passe dans les autres pays sur la question. La recherche sur l'efficacité thérapeutique et l'innocuité des MCA s'est emparée des outils de la recherche qualitative propre aux sciences humaines et sociales. Ces méthodes permettent d'explorer le versant subjectif du soin avec le gage d'une rigueur scientifique. Cependant, il n'existe pas pour le moment de consensus au niveau européen sur une méthodologie pouvant évaluer l'efficacité et la sécurité des MCA.

3. Une évolution des processus de légitimation

Au fur et à mesure du temps, la demande de ce type de soins a progressé. L'Ordre des médecins estime à 40% le nombre de français ayant eu recours à une MCA dans l'année 2015, 50% en 2016 et 60% en 2019. Trois français sur quatre y feront appel dans leur vie.

Cette augmentation du nombre de recours s'est accompagnée d'un élargissement des terrains sur lesquels les MCA sont rencontrées.

L'essor des MCA s'exprime en France à différents niveaux : dans la société, au sein de la médecine même ou encore chez les malades. Il témoigne d'une défiance sociétale envers les institutions en

général, de l'évolution du soin et de l'accompagnement dans les centres de santé mais également de l'émergence de nouvelles attentes et besoins singuliers chez les malades.

Les caractéristiques de ce contexte en évolution en France peuvent se résumer à :

- Un usage pluriel des soins marqué par une recherche d'autonomie et de considération de l'ensemble des besoins de l'individu (physiques, psychiques, sociaux, spirituels)
- L'entrée des MCA dans l'institution via les interstices du *care* rendu possible par de nouvelles modalités d'acceptation de ces pratiques.

Auxquelles s'ajoutent les évolutions organisationnelles et conceptuelles de la médecine générale universitaire qui place au cœur des enseignements le modèle bio psychosocial, la décision partagée et la relation centrée-patient. Celles-ci répondent à des logiques différentes bien qu'ayant eu lieu dans le même temps.

La preuve scientifique, unique levier de légitimation admis, a laissé un espace dans sa position où la science médicale en quête d'une objectivité pure était confortée dans sa démarche par les progrès dans la prise en charge des maladies. L'*evidence based medicine* (EBM), ayant tout pouvoir pour trancher le pour et le contre de toute pratique de soin, a laissé de la place pour de nouvelles logiques. L'observation du terrain dans l'institution hospitalière française montre que les discours ont évolué d'une distinction affirmée entre conventionnelle et non conventionnelle pour se porter sur ce qui est acceptable ou non. A la légitimation scientifique (par l'EBM) et académique (par le diplôme) sont venus s'ajouter des processus de légitimation sociaux (généralisation, banalisation et médiatisation de l'usage des MCA) soutenus par des logiques pragmatiques (soulagement des patients) et des logiques d'éthiques biomédicales (bienveillance, non malveillance). L'acceptabilité des pratiques répond désormais à une combinaison plus ou moins complexe de ces facteurs.

4. Complexité de la situation française

L'Ordre des Médecins emploie le terme de thérapie complémentaire et reconnaît quatre MCA : l'ostéopathie, l'acupuncture, la mésothérapie et l'homéopathie. L'Assurance maladie reconnaît : l'hypnose, l'acupuncture, l'homéopathie, le thermalisme (crénothérapie), la vertébrothérapie-chiropraxie et la mésothérapie (l'ostéopathie ne fait pas partie de cette liste). Exceptions faites de l'ostéopathie et de la chiropraxie qui ont été légalisées en 2002 par la loi Kouchner aucune « approche complémentaire » n'est juridiquement encadrée. Même si la Haute Autorité de Santé, dans le cadre de l'application des directives de l'OMS encourage au développement de ces pratiques non conventionnelles, rien n'est légalement prévu en France.

Il apparaît des différences entre l'offre de formation, la reconnaissance par l'Assurance Maladie et par l'Ordre des Médecins. Par exemple, l'hypnose qui fait l'objet d'un DU n'est pas reconnue par l'Ordre des Médecins parmi les thérapies complémentaires tandis que la séance d'hypnose à visée antalgique est inscrite à la classification commune des actes médicaux de l'Assurance Maladie, et la

pratique est implantée dans l'institution en anesthésie et dans la prise en charge de la douleur. D'autre part, l'actualité récente concernant le déremboursement de l'homéopathie voit reconsidérer la place et le droit d'affichage de cette MCA. Paradoxalement, elle semblait être la « plus conventionnelle » des non-conventionnelles dans le sens où seuls les médecins la pratiquent, là où l'ostéopathie et l'acupuncture sont pratiquées davantage par des non-médecins.

II. Une enquête de terrain : comment les médecins généralistes intègrent-ils les MCA ?

L'intention de ce travail est de comprendre comment le médecin généraliste intègre une MCA dans sa pratique quotidienne compte tenu du contexte actuel en France.

Nous avons ainsi choisi trois axes à explorer dans une enquête de terrain. Le premier concerne la pratique en elle-même et notamment la manière dont les MCA prennent place dans la consultation conventionnelle et comment celle-ci est organisée. Le second s'intéresse à la biographie du médecin généraliste et ce qu'elle renseigne sur ses motivations à pratiquer une MCA et quels rapports il entretient avec ces pratiques (quels bénéfices il en tire, comment se résout pour lui une éventuelle dissonance cognitive, etc). Le troisième axe est celui des rapports aux environnements du praticien. Nous nous sommes demandés comment ils interagissent avec l'exercice du médecin : comment ils le permettent et le limitent. Ces environnements se composent de territoires que sont les lieux de formation et d'exercice professionnel du médecin (université, hôpital, cabinet, etc), et d'acteurs (confrères, instances ordinales et législatives, praticiens de MCA ne détenant pas de titre officiellement reconnu en France).

Ainsi, nous avons posé l'hypothèse que ces trois axes de réflexions pouvaient constituer des pôles formant un système d'interactions complexes, siège de zones de tensions dont l'analyse permettrait de dégager la manière dont le médecin généraliste trouve une cohérence dans son exercice professionnel.

1. Type d'étude

Pour répondre à cette problématique, nous avons réalisé une étude qualitative inspirée de la méthode de la théorisation ancrée. Celle-ci a consisté en des entretiens semi dirigés enregistrés puis retranscrits manuellement. L'analyse thématique a ensuite été réalisée par lectures répétitives de chaque entretien (codage axial puis sélectif) puis l'articulation des thématiques émergentes a été construite par les deux chercheurs par consensus.

2. Mode de recrutement

Le recrutement des enquêtés a été réalisé de façon « boule de neige » par réseau basé sur trois types de sources : les médecins pratiquant de MCA répertoriés sur internet, le réseau de connaissances professionnelles (médecins et non médecins) et les contacts personnels. Les médecins généralistes

ont été sélectionnés par un échantillonnage à variation maximale selon les critères d'inclusion suivants:

- Avoir un exercice conventionné de la médecine générale dans un cabinet libéral avec une patientèle issue de la population locale et un statut de médecin traitant pour une majorité des patients.
- Avoir au moins une pratique de MCA proposée à leur patientèle sans limite sur la nature des approches proposées.

Nous souhaitions interroger des praticiens ayant un exercice ambulatoire de la médecine générale dans un cadre conventionné et identifiable comme « médecin généraliste ».

Un exercice exclusif de MCA était un critère d'exclusion. Il nous a semblé que ce mode d'exercice pouvait situer ces praticiens plus en marge d'une pratique conventionnelle ou académique de la médecine générale.

Quatorze médecins issus des régions Normandie, Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle-Aquitaine ont été retenus pour l'étude. Les médecins ont été contactés par téléphone. Après vérification des critères d'inclusion, chaque médecin a reçu une information au téléphone comportant :

- Une présentation du travail (objectif, intérêt, et présentation de l'enquêteur)
- Le déroulement de l'entretien (temps, enregistrement audio, semi dirigé)
- Le traitement des données (retranscription anonymisée des plages audios suivie de leur destruction)
- Les droits liés au traitement des données personnelles.

3. Résultats

Les entretiens se sont déroulés du 6 mai au 30 juillet 2019. Ils ont duré entre une demi-heure et deux heures. Ils ont eu lieu soit au domicile soit au cabinet des médecins. Un entretien a eu lieu au téléphone.

L'échantillon se composait de douze hommes et deux femmes, d'âge compris entre trente-sept et soixante-huit ans (médiane : cinquante et un ans), installés selon la variation d'exercice en libéral (seul, cabinet partagé, MSP, cabinet pluri-professionnel). Un des médecins n'a pas été retenu dans l'analyse étant donné que son exercice s'articulait avant tout autour de l'homéopathie et que son activité était déconventionnée.

Les médecins ont rapporté faire appel aux approches suivantes : l'homéopathie, l'acupuncture, l'ostéopathie, l'hypnose ericksonienne, la phytothérapie, la gemmothérapie, l'aromathérapie, l'oligothérapie, la mésothérapie, la cryothérapie, le magnétisme, le reboutage, la méditation, la nutrition, le Pilates, la psychosynthèse, la méthode d'analyse du CEIA (Centre Européen d'Informatique et d'Automation), la PNL (programmation neuro-linguistique), l'ennéagramme, la médecine affective, le Balint.

Ils ont intégré une MCA à leur exercice médical depuis 3 à 35 années. Pour la moitié des enquêtés, la proportion de consultations avec MCA est de 2 à 20 par semaine (rapporté à un exercice à temps plein moyen comportant 120 consultations hebdomadaire, toutes activités confondues). L'autre moitié des médecins propose une MCA dans chaque consultation.

Tous les médecins ont une patientèle issue de la population locale. Aucun des médecins n'a d'activité spécifique autre (par exemple pédiatrie, gériatrie, gynécologie, EHPAD...). Tous les praticiens sont ou ont été maître de stage des universités (MSU). Quatre avaient cessé de l'être au moment de l'enquête.

Les médecins reçoivent des patients en dehors de leur patientèle à l'exception de trois d'entre eux. Les patients extérieurs ont été adressés soit par des professionnels de santé ou soit consultés spontanément. La part de patients extérieurs reste minoritaire à l'exception d'un praticien dont les consultations extérieures représentent environ deux tiers de la totalité de ses consultations.

Tous les cabinets visités ont une organisation semblable en tout point à celui d'un cabinet standard (secrétariat, salle d'attente, table d'examen, matériel médical et informatique). Les informations affichées dans le cabinet concernaient la prévention (tabac, sédentarité, obésité, alcool et vaccination). Certains praticiens affichaient les coordonnées de praticiens non-médecins: psychothérapeutes, sophrologues, ostéopathes, enseignants de yoga, praticiens en shiatsu.

4. Analyse et discussion

En comparant les réponses pour chaque thème, nous pouvons dégager des éléments influant sur la proposition de MCA dans la consultation.

Ni la définition commune de la MCA, ni la théorie qui la sous-tend, ni sa forme (prescrite¹, à médiation corporelle², à action sur l'esprit³), ni la gravité du motif de recours ne permettent à elles seules de définir la manière dont celles-ci sont intégrées à la pratique conventionnelle. Ni son mode d'acquisition (formation universitaire ou non, autodidacte ou informelle) ni son affichage ne constituent des facteurs de l'importance de la MCA dans les consultations. Un tri s'opère par les praticiens et leur utilisation est variable selon le contexte. Pour exemples : l'aromathérapie peut être le seul traitement proposé dans en cas d'infection aiguë. L'ostéopathie peut soit être complètement dédiée lors d'une consultation soit utiliser une manœuvre comme un outil dans une consultation classique pour un même médecin. L'hypnose peut s'inviter autant dans un cadre de psychothérapie que dans la prise en charge sur un état de choc psychologique dans le fil d'une consultation classique. La nutrition peut faire l'objet de consultations dédiées tout autant que de conseils

¹ Il est question des MCA qui font l'objet de prescriptions ou de conseils : homéopathie, aromathérapie, phytothérapie, gemmothérapie, oligothérapie, bilan CEIA, nutrition, Pilates.

² Il est question des MCA à médiation corporelle : ostéopathie, acupuncture, mésothérapie, cryothérapie, reboutage, magnétisme.

³ Il est question des MCA passant par une action sur l'esprit : hypnose, méditation, psychosynthèse, PNL, ennéagramme, Balint. Ces MCA peuvent donner lieu à la prescription ou le conseil d'exercice cognitif.

ponctuant la consultation conventionnelle. Après avoir planifié les actions pendant l'entrevue, les prescriptions des MCA sont plurielles et diverses et dépendent du contexte bio psycho social.

Malgré la pluralité des approches, une approche organisationnelle et conceptuelle entre la pratique de la MCA et la pratique conventionnelle se dégage. Premièrement, la MCA est considérée comme une expertise médicale où le temps accordé est planifié : dans une consultation dédiée à la pratique exclusive d'une MCA ou au sein d'une consultation conventionnelle. Le second déterminant est le niveau de considération du praticien entre son approche biomédicale versus son approche complémentaire et alternative (supériorité ou équivalence).

a. La consultation dédiée

Cette forme de consultation correspond à un choix de cadre proposé par le praticien et qui fixe d'avance la pratique d'une MCA dans la consultation. Elle possède les caractéristiques suivantes :

- programmée par la prise de rendez-vous sur un créneau spécifique ou par une consultation antérieure
- d'une durée plus longue
- soumise à des majorations d'honoraires
- lieu particulier (cabinet secondaire ou local dédié)
- accessible aux patients extérieurs à la patientèle du médecin, adressé par un professionnel ou venant à leur propre initiative.

b. Le positionnement de la biomédecine vis-à-vis des MCA

La manière dont le praticien considère l'efficacité des différentes approches relativement les unes des autres influe sur la place qu'elles occupent vis-à-vis de l'allopathie. Certains praticiens donnent la primauté à l'allopathie quel que soit la situation. D'autres considèrent l'allopathie supérieure uniquement dans les situations aiguës et graves. Certains, enfin, utilisent les MCA dans toute situation y compris les cas aigus.

L'efficacité expérientielle de chaque approche (conventionnelle et MCA) dans l'exercice médical semble être le premier déterminant pour intégrer une MCA. Soit elles interviennent secondairement à l'approche conventionnelle, soit elles sont utilisées dans une simultanéité. Les degrés divers de maîtrise, d'expérience, d'approfondissement de chaque praticien sont des déterminants de la place des MCA dans les consultations. L'usage d'une MCA n'est pas fonction de la durée de la formation mais davantage de l'investissement du praticien dans son perfectionnement à une approche. D'un cursus universitaire complet en ostéopathie, il ne peut rester qu'une seule technique utilisée dans un exercice complété, alors qu'une formation autodidacte en aromathérapie peut faire l'objet de consultations totalement dédiées à cette MCA.

c. Motif de consultation

La demande du patient d'un traitement non médicamenteux peut orienter spécifiquement la consultation. Cela peut être une prescription en homéopathie, en aromathérapie, en phytothérapie, une manœuvre ostéopathique, un conseil (nutritionnel, exercice mental, etc). Le patient extérieur à la patientèle (adressé par un professionnel ou venant spontanément) peut être une raison d'orienter la consultation vers les MCA. Le motif de recours orientera la consultation différemment en fonction du médecin.

III. Une modélisation de l'intégration

Nous avons pu modéliser 3 profils de praticiens en fonction de l'importance de la MCA dans la consultation vis-à-vis de la biomédecine (supériorité ou équivalence) et la forme de consultation (dédiée ou classique).

1. Un profil «complété»

Dans ce cas de figure, le praticien aborde la consultation en proposant en premier une réponse allopathique. Son approche est fondamentalement biomédicale et prend appui dans toutes les situations sur les recommandations des sociétés savantes. Il agrmente sa consultation avec des «recettes » proposées ponctuellement et réserve les MCA pour les cas non graves, non aigus.

L'intégration de la MCA consiste en une ou plusieurs options thérapeutiques non-conventionnelles (par exemple en cas d'échec du traitement issu des recommandations officielles).

Tous les types de MCA sont concernés. Cela peut être une huile essentielle prescrite à visée antalgique locale pour une douleur articulaire, une manœuvre ostéopathique en supplément d'une prescription d'anti-inflammatoire pour une lombalgie, un exercice cognitif en sus d'un médicament anxiolytique. Cela peut être aussi simplement la conséquence d'une communication marquée par une initiation à l'hypnose. Dans ce cas, son exercice ne comporte pas de consultations dédiées. Ces pratiques sont réservées à la patientèle dont il est le médecin traitant. Il ne reçoit pas de patients extérieurs. Sa pratique des MCA est comme une trousse à outils qu'il utilise en second voire troisième recours, comme une alternative à visée symptomatique.

Toutes les plages de son emploi du temps sont équivalentes à un exercice classique de médecin généraliste. Il a des remplaçants qui peuvent assurer des consultations sur un mode standard de médecine générale. La proportion des consultations concernées est chiffrable par les enquêtes. Il a acquis des compétences en MCA soit de manière informelle (par un confrère, une lecture, un représentant de laboratoire) ou bien il a suivi une initiation (formation brève ou premier temps d'une formation longue). Ce mode pouvant être un temps d'approfondissement de ses compétences en cours d'acquisition avant de pouvoir proposer la MCA dans une consultation dédiée.

2. Un profil « alterné »

C'est le cas d'un médecin qui a approfondi la pratique de certaines de ses MCA. Il a achevé ou approfondi une initiation par une formation complète (DU, capacité, DIU ou cursus complet dans un centre de formation). Il a acquis une maîtrise qui requiert des consultations dédiées, en parallèle des consultations conventionnelles pour pouvoir utiliser la MCA dans tout ce qu'elle semble permettre. La consultation standard n'est plus adaptée à la mise en pratique de cette MCA.

Il a une sorte d'exercice double avec d'un côté la médecine générale conventionnelle et de l'autre la pratique d'une MCA. Il est connu extérieurement pour son expertise dans cette MCA.

Il reçoit des patients extérieurs à sa patientèle qui lui sont soit adressés par un autre professionnel ou bien qu'il a lui-même orientés au cours d'une consultation classique précédente. Certains de ses patients viennent spontanément pour une consultation MCA. Ce mode d'exercice confère au médecin un statut de spécialiste reconnu par les pairs pour une expertise dans une MCA (adressage avec courrier et réponse au médecin). Il dispose de deux caisses à outils thérapeutiques : la médecine conventionnelle et la pratique d'une MCA. Il a des médecins qui le remplacent dans l'une ou dans l'autre forme d'exercice. Son emploi du temps distingue les plages de médecine conventionnelle des plages de pratique exclusive de MCA. La proportion des consultations concernées est dénombrable par les praticiens. Pour ces raisons, elle se rapproche de l'exercice exclusif, souvent déconventionné, qu'ont certains médecins n'exerçant plus la médecine au sens conventionnel strict. Les MCA concernées sont l'ostéopathie, l'acupuncture, l'homéopathie, la mésothérapie, l'hypnose, la PNL, l'ennéagramme ou la psychosynthèse.

3. Un profil «intégré»

Dans ce troisième cas de figure, le praticien a gardé une préférence pour la diversité des approches en MCA. Il a approfondi ses compétences en multipliant les formations, parfois par une démarche autodidacte. Il connaît les nuances des différents courants des MCA qu'il utilise (par exemple les différents courants en acupuncture, en ostéopathie, en homéopathie, en hypnose, en psychothérapie). Il a acquis une maîtrise de plusieurs d'entre elles jusqu'à produire une synthèse personnelle. Il connaît les recommandations officielles.

Il mélange autant des prescriptions, des conseils, des pratiques à médiation corporelle que des pratiques cognitives dans la même consultation. Il est dans un abord proche de la définition nord-américaine de la médecine intégrative. Les MCA sont proposées à un niveau équivalent de l'approche conventionnelle. C'est à dire qu'il n'y pas de considération de supériorité de la pratique biomédicale par rapport aux MCA. Toutes les consultations sont concernées par l'approche intégrative et ressemblent, dans la forme, à une consultation classique.

Tous les niveaux de recours sont considérés de la même manière y compris les situations aiguës et graves.

Le biomédical peut être amené à compléter des MCA tout autant que l'inverse. Il a une seule caisse à outils thérapeutiques dans laquelle l'allopathie est une sorte de trousse de secours. Il a une patientèle dont il est le médecin traitant. Il est connu extérieurement pour son expertise particulière. On lui adresse des patients pour l'ensemble de son approche et non plus pour une MCA en particulier. Il n'a pas de remplaçant.

Sa vie quotidienne est en écho avec son exercice dans le sens où il utilise son expérience des MCA pour sa santé.

IV. L'intention dans la pratique

1. Une relecture des sens de complémentarité et d'alternativité

Ces différentes tendances à mêler l'approche conventionnelle et les MCA montrent une ambiguïté sur les notions de complémentarité et d'alternativité. Dans la pratique conventionnelle *complétée*, les MCA arrivent toujours secondairement dans une consultation. Dans l'exercice *alterné*, la médecine conventionnelle est également complétée (outils proposés de façon secondaire voire primaire) mais toujours de façon distincte de la consultation différée à un temps et à un espace dédiés (un créneau spécifique, un lieu dédié). Dans l'exercice *intégré*, la complémentarité est réciproque. Les MCA peuvent être le complément de l'allopathie, tout autant que l'inverse.

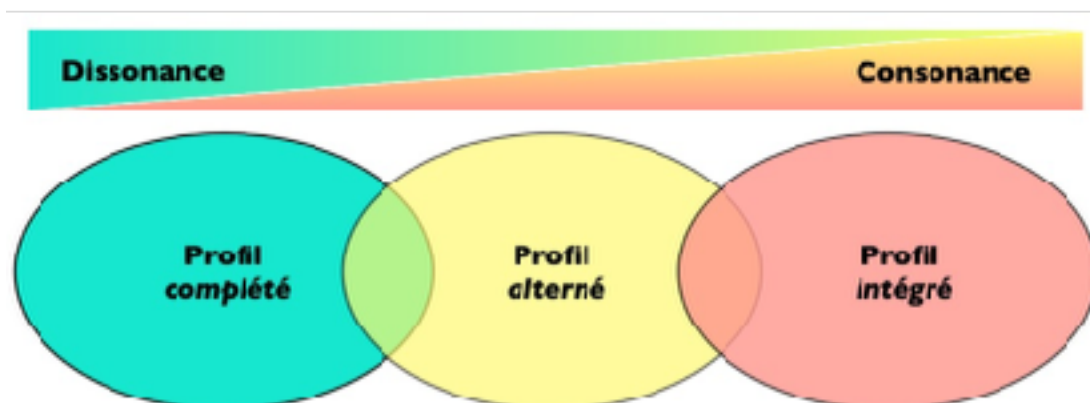
La notion d'alternativité peut être prise dans un sens temporel (une consultation dédiée qui se distingue des consultations classiques). Il peut aussi être entendu dans le sens vis-à-vis d'une norme médicale qui la verrait alternative à l'approche académique sans être en marge de celle-ci. Dans un certain sens, tous ces praticiens sont autant dans une alternativité vis-à-vis de la médecine conventionnelle que dans une complémentarité.

2. La dissonance cognitive - Des paradigmes différents : un choc culturel

Certaines MCA sont basées sur un paradigme différent du modèle biomédical : médecine traditionnelle chinoise (MTC) pour l'acupuncture, médecine homéopathique, médecine ostéopathique, état modifié de conscience pour l'hypnose et la PNL, rapport corps-esprit pour la médecine affective. Ces MCA font appel à des concepts originaux de physiologie et de psychologie, d'abord diagnostique et de thérapeutique : circulation de l'énergie vitale pour la MTC, concept de similitude qui amène à la recherche d'un type sensible pour l'homéopathie, approche tissulaire de l'ostéopathie, modèle de l'inconscient comme réservoir de ressources pour l'hypnose et la PNL, existence d'une blessure émotionnelle pour la médecine affective. Chaque praticien convoque différemment ces modèles. Le paradigme dominant chez un praticien semble être une composition personnelle de plusieurs paradigmes en un système original, incluant le biomédical à différents degrés. Ce modèle personnalisé peut être la synthèse de systèmes variés ou l'agrégation, qui peut parfois demander un temps long d'assimilation (jusqu'à plusieurs années). La prédominance d'un système de pensée et de représentations est différente pour les trois profils. Le profil de l'exercice *complété* correspond à une utilisation des MCA davantage comme des recettes à visée symptomatique. La base de son expertise est biomédicale. Le profil *alterné* fait appel à deux modes de fonctionnement cognitif distincts : celui de la consultation dédiée et celui de la consultation classique. Les tentatives d'utilisation de la MCA dans la consultation classique peuvent devenir une source de tension et le cloisonnement peut être nécessaire.

Le profil *intégré* possède un seul système qui est une version personnalisée, synthèse de plusieurs modèles. Il utilise différents paradigmes soit de manière juxtaposée les uns aux autres soit, dans une forme originale, fruit d'une composition personnelle. Au premier plan, se situe un modèle prédominant (MTC, homéopathie, ostéopathie, psychanalyse, médecine affective, etc). La biomédecine est incluse parmi les autres.

Ces trois modalités (*complété*, *alterné*, *intégré*) semblent correspondre à la manière dont chaque médecin résout sa propre dissonance cognitive. Le niveau d'intégration de la MCA (*complété*, *alterné*, *intégré*) semble être le reflet du niveau de tension entre les deux pôles dissociation-intégration. A un pôle, on trouve le praticien qui commente sa pratique de MCA comme s'il parlait d'un autre, il est dissocié. A l'autre opposé, le paradigme « MCA » fait partie intégrante de sa cognition. Entre les deux et à différents degrés, on trouve le praticien qui alterne de l'une à l'autre, les tensions apparentes liées à la dissociation s'effaçant dans son discours. Les trois profils correspondent à des façons différentes de résoudre le conflit cognitif. Le *complété* ne prend pas en compte le paradigme des MCA, c'est un processus où le praticien ne parvient pas à inclure les oppositions des paradigmes. Il utilise les MCA à la manière des outils conventionnels, à visée symptomatique. La granule homéopathique, l'aiguille d'acupuncture, ou la technique d'hypnose sont utilisées comme un médicament pharmacologique bien que n'ayant pas de substrat moléculaire. L'*alterné* emprunte une voie dédoublée. Il convoque le paradigme biomédical dans sa consultation classique et le paradigme de sa MCA dans la consultation dédiée. L'*intégré* résout la dissonance en fondant les paradigmes. Les différentes cognitions peuvent entretenir entre elles trois types de relations : la dissonance, la consonance, ou la neutralité. La résolution de la dissonance cognitive implique la capacité du praticien d'adapter de façon plastique et naturelle les ambivalences des deux approches. L'enjeu de l'équilibre cognitif est majeur dans le sens où deux visions, deux paradigmes parviennent à cohabiter en soi alors que l'une et l'autre s'opposent et ne se comprennent pas (figure).



Ainsi le profil *alterné* serait dans une neutralité de par un cloisonnement des modes cognitifs, le profil *complété* dans une dissonance qu'il résout en utilisant les MCA comme des recettes ou des interventions sans nécessairement à avoir à convoquer le paradigme sous-jacent. Le profil *intégré* est dans une consonance où le niveau de tension interne se rapproche d'un conflit résolu.

Il en est, en quelque sorte, de même que pour l'apprentissage d'une langue. Bien que totalement étrangère, certains termes sont partagés à un niveau collectif (hello, bonsoir, shopping,...). Ils peuvent être utilisés d'une manière fonctionnelle et pragmatique sans rien connaître de la langue d'origine (profil *complété*). Une phase d'apprentissage permet de parvenir à un niveau d'autonomie suffisant pour passer d'une langue à l'autre. On parle une langue tout en réfléchissant dans les premiers temps dans la langue maternelle (profil *alterné*). Le bilinguisme correspond à une maîtrise suffisante permettant une cognition stabilisée où le passage d'une langue à l'autre ne rencontre plus de dissonance (profil *intégré*).

Le champ rationnel du diagnostic et de la décision thérapeutique ne pourrait résumer à lui seul la cognition du professionnel-médecin. La cognition ne concerne pas seulement le champ professionnel mais implique toutes les dimensions subjectives du médecin. La mémoire épisodique, l'intuition et même l'irrationnel (ses représentations de la maladie, ses croyances) prennent place dans ses mécanismes cognitifs dans une interrelation réciproque permanente.

Les représentations que le praticien a de la maladie et de la santé mais aussi ses croyances viennent trouver une place dans la pratique et infusent dans la vision du soin. Dire que les médecins utilisent l'irrationnel dans leur pratique n'est pas antinomique avec l'idée de rationalité. Elle est complémentaire. Ils sont AUCUN irrationnels dans le sens où ils convoquent dans leur démarche des processus subjectifs issus de leur passé.

La rencontre avec un paradigme différent de la vision biomédicale conduit à une réinterprétation pour chaque praticien de la représentation qu'il a de la maladie. Les paradigmes originaux convoqués par les praticiens ont en commun de décroquer les disciplines et d'aller vers une vision globale. Le modèle de Engel introduit dans les enseignements de médecine générale est observable chez les enquêtés sans être la conséquence d'un enseignement magistral. Ce regard n'est pas le fait d'un processus cumulatif d'approches biologique, psychologique et sociale. Il est la conséquence d'un prisme propre à chaque médecin de considérer la situation du soin dans lequel est incluse la maladie dans toutes ses composantes. Il semble plutôt comme le fruit d'une élaboration personnelle nécessaire à la pratique. C'est là un autre niveau d'intégration. Chacun à sa manière trouve le moyen, par une sorte de bricolage, d'intégrer toutes les dimensions de la personne (biologique, psychologique et sociale). Les MCA semblent constituer un moyen particulier de participer à cette réunion. La MTC, l'homéopathie, l'ostéopathie ou l'approche biomédicale étendue (à l'aromathérapie ou à une considération psychosomatique des rapports corps-esprit dans le Balint, la PNL et l'hypnose), donneraient des moyens d'équilibrer une cognition influencée en permanence par les expériences déjà vécues. L'approche est dans tous les cas intégrante et non simplement cumulative. Elle est par conséquent systémique et prend en compte les propriétés émergentes.

L'équilibre cognitif est lié à la question du sens pour le praticien. Le caractère objectif ou subjectif n'est pas fondamental en soi. La stabilité cognitive implique le respect des croyances et des représentations comme autant de composantes différenciées du microcosme du cerveau. La cohérence ne passe pas par un choix entre deux éléments mais par la considération des deux,

simultanément, malgré leur antinomie apparente. « On peut représenter le microcosme du cerveau comme une collection d'individus dans une pièce. Alors la conversation consciente est à longue distance, intégrée (c'est à dire que tout le monde y participe), complexe et différenciée (tout le monde garde sa personnalité). Dès qu'un de ces 3 paramètres est violé, on perd conscience ».

Les profils reflètent donc davantage une intention personnelle dans la proposition de traitement qu'une logique objective qui pourrait être isolée de celui qui l'a produite.

3. Le *yi*

Il s'agit de la psyché organique (*ben shen*) résidant dans la Rate-Pancréas et lui donnant par conséquent sa forme. Son idéogramme signifie « l'intention que celui qui parle met dans les sons qu'il profère ». Il correspond à la fois à la fonction cognitive d'idéation et de mémorisation mais de manière plus large à ce qui donne forme au propos de l'esprit. C'est par *yi* que la pensée s'incarne. A l'instar du verbe créateur dans la pensée chrétienne. De la direction dont il provient, la forme apparaît. De cette façon, le *yi* caractérise l'intention dans l'exécution des choses.

Le *yi* est également porteur de la capacité du système à engranger l'acquis, le mémoriser pour pouvoir le réutiliser. En cela, il est la psyché organique de ce qui permet la répétition des actions et des pensées. D'ailleurs en déséquilibre il pourra donner les obsessions tournées vers le passé, les idées fixes ou à l'inverse l'oubli, la perte de mémoire ou l'absence d'envie (dans le sens de l'appétence à vivre). Les déséquilibres du *yi* épuise le sang.

Le *yi* est de manière plus large porteur de la mémoire acquise consciemment et des habitudes de faire et de penser. Face à une expérience, il permet la première étape celle de la rencontre directe avec celle-ci.

4. Le *zhi*

Il s'agit de la psyché organique (*ben shen*) résidant dans le Rein et lui donnant par conséquent sa forme. Son idéogramme signifie « l'exécution des intentions, la réalisation d'un désir, l'intention dans l'exécution ». C'est la volonté. Autrement dit ce qui sous-tend l'action, la puissance de fond nécessaire à sa réalisation. De la même façon que le rein est à la source de toute l'énergie *yin* et *yang*, le *zhi* est la source fondamentale qui permet le passage dans la réalisation. C'est aussi la ténacité, le courage, l'esprit de décision. D'ailleurs en vide de rein cette volonté de fond s'amoindrit comme au cours du vieillissement. Le *zhi* est également, de la même manière que le Rein, garant de la capacité à tenir ensemble le *yin* et le *yang*. C'est ainsi que le *zhi* permet de relier des choses opposées en soi, voir de marier des a priori. Il est, de ce fait, déterminant dans le jeu de résolution de la dissonance cognitive. Face à une expérience, il permet la dernière étape, celle de l'intégration une fois toutes les autres (ressenti, assimilation, tri, ...) opérées.

5. La dynamique *yi-zhi*

yi et *zhi* apparaissent comme les 2 psychés organiques impliquées dans la question de l'intention.

Le *yi* est la mise en forme de l'intention, sans laquelle toute action ou pensée serait comme une coquille vide. Le *zhi* porte l'enracinement de la puissance nécessaire à la réalisation sans laquelle le contenu de la coquille n'aurait que peu de consistance.

Il en est de même que la dialectique gnose et épistème ou encore savoir et connaissance. L'un est un référentiel en soi alors que l'autre est un référentiel pour soi. Le premier peut être emmagasiné et restitué tel quel (le savoir). L'autre a été métabolisé et intégré (la connaissance). Le savoir est quelque chose qui est acquis depuis l'extérieur. Il constitue en cela un référentiel externe. La connaissance est quelque chose qui est interne, teintée de la subjectivité. Elle donne la solidité des repères profonds, de la même manière que le squelette l'est, sous l'égide du Rein. Il constitue un référentiel interne. De la manière dont peut prédominer le référentiel interne ou externe chez le praticien, l'intention se dessinera. Les 2 référentiels ne sont pas cloisonnés. L'un est en transition vers l'autre. Plus le savoir émis est enraciné, plus puissante peut être la portée de l'action.

6. L'intention en fonction du niveau d'intégration du praticien

Voici une proposition de relecture de la résolution de la dissonance cognitive à la lumière de la MTC et de ces 2 psychés organiques (*yi-zhi*).

Suivant les profils (*complété, alterné, intégré*), il peut y avoir une prédominance du référentiel externe ou interne, et par conséquent une prégnance du *yi* ou du *zhi*. Le praticien peut disposer de suffisamment de *zhi* pour que la pratique soit intégrée ou bien être à une des étapes du processus.

Dans le profil *complété*, la prédominance du modèle biomédical et l'utilisation des différents outils à des fins symptomatiques laisse penser que le référentiel est issu de la formation initiale biomédicale. L'intention part d'une manière allopathique d'utiliser les outils des MCA. La forme de l'action porte celle du biomédical. Le praticien fait appel à du savoir épistémé (recettes, protocoles, standards) pour intégrer les MCA dans son exercice. Le *zhi* est porté sur la référence biomédicale. Le savoir est en cours de « digestion » des nouvelles données. Il en est comme d'un champ avec des éléments nouveaux gravitant autour. La MCA a été rencontré mais n'est pas encore intégré au système cognitif. Le praticien semble la vivre comme un référentiel externe. Il n'en a pas encore fait sa culture (référentiel interne).

Dans le profil *alterné*, il n'y a pas de prédominance d'un mode sur l'autre. C'est l'espace et le temps dédié qui convoque le mode nécessaire. L'intention part d'une manière allopathique ou MCA. Le paradigme de MCA peut être totalement intégré pour le praticien, mais un cloisonnement demeure indispensable pour lui. Le *yi* et le *zhi* sont en équilibre. L'un soutenant l'autre. Le *zhi* peut être éprouvé dans la capacité du Rein à faire tenir ensemble les deux. Le praticien a deux champs cognitifs qu'il occupe au besoin.

Dans le profil *intégré*, il n'y plus aucune dichotomie. Le savoir issu de la pratique de la MCA a été fait sien par le praticien. Le savoir est intégré au point d'avoir acquis le rang de culture pour lui. Il n'a qu'un seul champ cognitif. Son pivot est son référentiel interne. L'intention prend forme du *yi* puissamment enraciné dans son *zhi*.

7. Progression d'une hétéronomie vers une autonomie dans la pratique ?

Le processus d'intégration a lieu à 2 niveaux. Le praticien intègre des valeurs, des motivations, des croyances et des représentations. A cela vient s'ajouter, la prise en considération des contraintes extérieures (normes, déontologie, pairs dans la profession, résultats de la recherche dans le domaine). Chaque praticien opère en soi une transition vers un espace élargi et vers une autonomie qui respecte son équilibre cognitif. Passer de l'hétéronomie à l'autonomie est un processus profond sous l'égide du *zhi*.

L'intention semble donc intimement liée à la notion de culture. La culture dans le sens du savoir et la culture dans le sens de la connaissance. L'un l'autre semble venir nourrir la capacité à l'action et la pensée. On peut étendre cela au fait que la culture portée au moment du geste, le nourrit. On pourrait le résumer par la maxime « *là où l'intention se porte, l'énergie va* ».

Comme les neurosciences le suggèrent au sujet de la dissonance cognitive, ce ne sont pas les valeurs qui sont remises en cause dans le mode de résolution de la dissonance, mais plutôt le discours subjectif élaboré par le sujet. C'est donc davantage sur l'expression *yi* de l'intention (la forme du discours subjectif) que se situe les ajustements plutôt que ce sur quoi s'architecture la cognition (les valeurs) qui sont davantage sous la dépendance du *zhi*.

V. Conclusion

Au-delà des outils, des approches et des paradigmes, l'intégration d'une MCA à l'exercice médical semble surtout guidée par l'intention du praticien. L'intention apparaît comme le fruit de l'appropriation de la culture que le praticien emprunte et qu'il parvient à faire sienne, tout autant que le niveau d'acceptabilité de cette hybridation qui participe, dans l'exercice médical, à son juste équilibre.

Docteur Lukasz JABLONSKI

Médecin généraliste - Praticien en shiatsu, acupuncture, aromathérapie et hypnose.

2 Rue de Jussieu prolongée 76100 ROUEN

lukaszjablonskimedecin@gmail.com

Bibliographie :

1. BOUCHAYER, F., « Les voies du réenchantement professionnel. In Aïach P, Fassin D. Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité. Paris, Anthropos-Economica. 1994. p 201 »
2. COHEN, P. et al., Cancer et pluralisme thérapeutique : enquête auprès des malades et des institutions médicales en France, Belgique et Suisse, Paris, France, l'Harmattan, 2015.
3. André FAUBERT. Traité didactique d'acupuncture traditionnelle.
4. GUEGUEN, J., Évaluation des médecines complémentaires: quels compléments aux essais contrôlés randomisés et aux méta-analyses ?, Thèse de doctorat, France, Université Paris-Saclay, 2017.
5. NACCACHE, L. et al., « Comment notre cohérence subjective se construit-elle ? Le modèle de la dissonance cognitive », Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, février 2015, vol. 199, n° 2-3, pp. 253-259.
6. NACCACHE Lionel « Que sait-on de l'inconscient en 2017 », s.d., disponible sur <https://www.youtube.com/watch?v=8N7cp86YmVQ&list=UL8N7cp86YmVQ&index=608>.
7. SUISSA, V., GUERIN, S. et DENORMANDIE, P., Médecines complémentaires et alternatives, pour ou contre ? Regards croisés sur la médecine de demain, s.l., Michalon, 12 septembre 2019.
8. ODOUL Michel. Shiatsu Fondamental. Dunod. 2018
9. TRÄGER, S., « Place des pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique dans l'organisation médicale », Sciences Sociales et Santé, décembre 2015, n° 4, pp. 99–104.
10. « Cinq chiffres pour comprendre les médecines complémentaires et alternatives », Le Monde.fr, 31 août 2016, disponible sur https://www.lemonde.fr/sante/article/2016/08/31/cinq-chiffres-pour-comprendre-les-medecines-complementaires-et-alternatives_4990659_1651302.html.
11. « De quoi les médecines complémentaires et alternatives sont-elles le nom ? », France Assos Santé, 31 mai 2018, disponible sur <https://www.france-assos-sante.org/2018/05/31/de-quoi-les-medecines-complementaires-et-alternatives-sont-elles-le-nom/>.

L'acupuncture doit faire confiance à la science

Pr Grégory NINOT

L'article aborde la question de la recherche en acupuncture et propose un modèle de validation, d'implémentation et de surveillance des pratiques permettant de ne pas les confondre avec des médecines douces, et encore moins avec des médecines alternatives. Elles doivent faire partie des médecines conventionnelles, autrement appartenir au domaine des interventions non médicamenteuses (INM).

Acupuncture, évaluation, recherche, validation, interventions non médicamenteuses, INM

Introduction

L'article présente en quoi dans ces temps de fortes tensions entre une population prête à tout essayer pour se soigner et des autorités espérant restreindre l'arsenal thérapeutique aux seules biotechnologies ciblées sur les cas les plus graves, une nouvelle filière émerge dans le domaine de la santé, les interventions non médicamenteuses (INM). Cette émergence ne va pas sans certaines conditions pour faire de ces pratiques inspirées notamment de médecines traditionnelles des actes intégrés dans les parcours de soin, reconnus et remboursés. Une des conditions est l'évaluation par la science.

L'enjeu

La fin d'une approche exclusivement curative dans la santé

Le siècle dernier a permis d'identifier des mécanismes physiopathologiques ciblés et de trouver des traitements de masse pour guérir certaines maladies organiques. Si cette logique a donné l'espoir de découvrir un traitement curatif pour chaque maladie, force est de constater que de nombreuses maladies dites chroniques, évolutives et d'origine multifactorielle (épigénétique, comportementale, environnementale) y échappent : diabètes, obésités, cancers, maladies cardiovasculaires, BPCO, allergies, maladies articulaires, maladies neurodégénératives, troubles anxieux, dépressions, fibromyalgies, maladies rares... Ces maladies se cumulent avec l'avancée en âge (comorbidités) et des précarités diverses (économiques, sociales, territoriales, environnementales). Ces maladies complexes ne répondent pas au modèle pensé par Claude Bernard : 1 maladie => 1 mécanisme physiopathologique => 1 traitement biologique ciblé => 1 guérison. Ces maladies touchent 1 français sur 2, puis 3 sur 4 à partir de 60 ans. Ces proportions augmentent avec les progrès des dépistages précoces.

L'avènement d'une approche personnalisée, préventive, participative et prédictive

Les maladies complexes imposent des solutions multiples, à la fois préventives et thérapeutiques, personnalisées, partagées et proportionnellement ajustées au fil du temps. Cette évolution inexorable pointée par l'OMS depuis 2006 rend caduque l'approche seulement curative et la démarche paternaliste niant la liberté et la participation active de l'utilisateur (connue sous le terme

d'empowerment). Elle impose d'inventer des organisations et des pratiques répondant à ces nouveaux besoins de santé intégrative, personnalisée et partagée (OMS, 2013). Toutes et tous le réclament, citoyens inquiets, familles démunies, professionnels de santé aussi épuisés que désemparés (Ninot, 2019). La mutation disruptive de notre système de santé est nécessaire, irrémédiable, indispensable, vitale, c'est selon.

Des solutions innovantes pour la santé humaine, les INM

Un arsenal de nouvelles solutions préventives et thérapeutiques pertinentes pour la santé fondées sur la science arrive depuis le début du siècle, les interventions non médicamenteuses ou INM (Académie Nationale de Médecine, 2013 ; HAS, 2011 ; Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018). Leur intégration dans des parcours individualisés de soin-santé-vie dans une médecine et une vision globale de la santé est chaque jour plus évidente (Falissard, 2016 ; Ninot, 2020). Les INM vont jouer un rôle majeur au cours de ce siècle aux côtés des traitements biomédicaux autorisés, des actions éducatives et des démarches environnementales (Fig. 1).

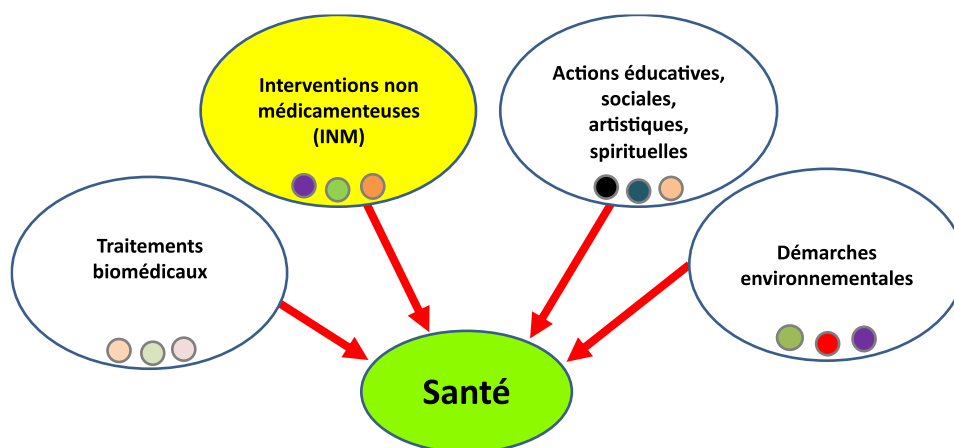


Figure 1 : Un nouvel arsenal préventif et thérapeutique, les INM

Des pratiques et des métiers en cours d'inventaire

En une vingtaine d'années, la recherche a permis d'isoler des méthodes efficaces et sûres pour la santé humaine, les INM. Les scientifiques les appellent les « *non-pharmacological interventions* ». Une définition courte : « interventions non pharmacologiques, non invasives, ciblées et fondées sur des données probantes » et une définition longue : « intervention psychologique, corporelle, nutritionnelle, numérique ou élémentaire sur une personne visant à prévenir, soigner ou guérir. Elle est personnalisée et intégrée dans son parcours de vie. Elle se matérialise sous la forme d'un protocole. Elle mobilise des mécanismes biopsychosociaux connus ou hypothétiques. Elle a fait l'objet d'au moins une étude interventionnelle publiée menée selon une méthodologie reconnue ayant évalué ses bénéfices et risques » (Ninot et al., 2020). Les INM se distinguent des médecines alternatives (médecines parallèles...), des recommandations générales de santé publique (bouger plus, ne pas fumer, limiter sa consommation d'alcool...) et des activités socioculturelles (pratiques artistiques, sociales, spirituelles...) par une recherche continue, une démarche qualité et une traçabilité des usages. La Haute Autorité de Santé, le Ministère de la Santé à travers sa stratégie nationale et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (Plan Maladie Neuro-

Dégénératives, 2014-2019) par exemple invitent à s'intéresser aux INM, à mieux les évaluer et à mieux les utiliser. Des INM prennent place au côté des traitements biomédicaux autorisés. Hélas, elles ne profitent pas à tous pour l'instant. Seuls les plus privilégiés des pays riches ont la connaissance, le temps et les moyens de les utiliser à bon escient et de ne pas errer à travers un dédale d'informations abusives et de conseillers obscurs.

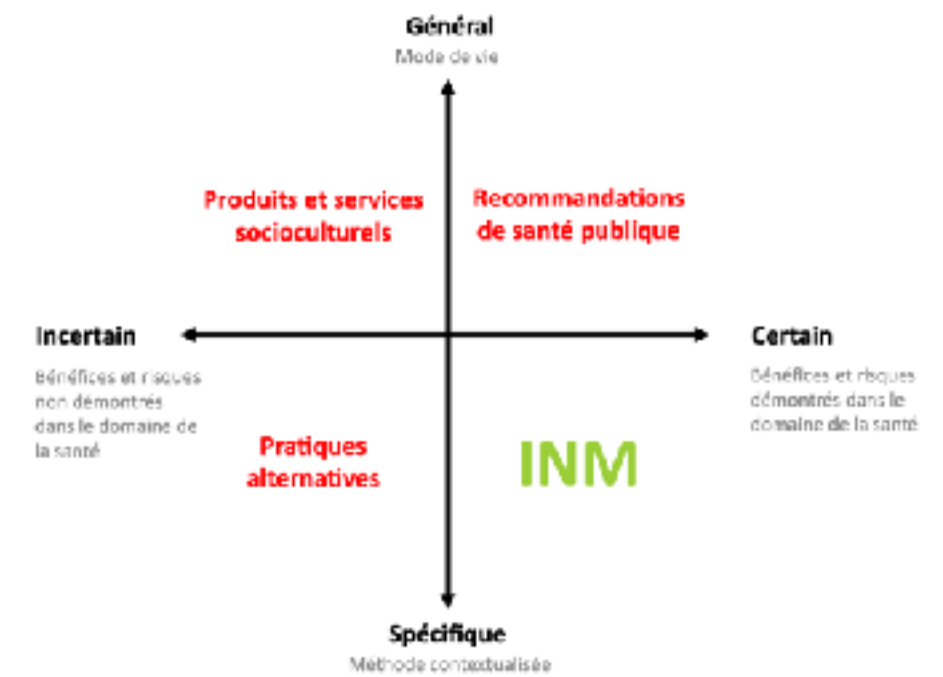


Figure 2 : Un cadre permettant de sortir de la nébuleuse des « médecines douces »

Les professionnels disposent aujourd'hui d'INM mieux décrites, mieux validées, mieux ciblées, mieux dosées, mieux personnalisables, mieux combinables et mieux suivies (tableau 1). Une INM est ainsi un triptyque, un protocole manualisé (nom, désignation, objectif, population cible, contenu, mécanisme), un professionnel et un environnement.

	Indispensable	Recommandé
Désignation	Nom	Acronyme, synonyme, auteur, institution, label
Objectif	Problème principal de santé à prévenir, soigner ou guérir	Bénéfices secondaires attendus
Population cible	Age minimal - maximal	Sexe, niveau socio-éducatif, lieu de vie, maladie le cas échéant
Contenu	Composants (ingrédients, techniques ou gestes), procédures (séances, dose, durée), matériels	Précautions, manuel professionnel, manuel usager
Contexte	Lieu de pratique, moment du parcours de santé	Prescription médicale (ou non), remboursement
Mécanismes d'action	Processus/mécanismes explicatifs vérifiés	Processus/mécanismes explicatifs probables
Intervenant professionnel	Métier de l'opérateur	Diplôme de formation initiale, diplôme de formation continue, qualification, certification
Publications scientifiques	≥ 1 publication d'une étude interventionnelle positive	Autres publications (autre méthode, revue systématique, expertise collective...)

Tableau 1 : Invariants descriptifs d'une INM

Les patients disposent ainsi de solutions leur permettant de se donner toutes les chances d'aller mieux. Elles complètent les traitements existant sans les remplacer. Elles se déclinent en 5 catégories et 21 sous-catégories (Fig. 3).



Figure 3 : Catégories et sous-catégories d'INM

Le marché des INM

La dernière étude du *Global Wellness Institute* (2018) estimait le marché mondial à 3 745 milliards d'euros avec une augmentation annuelle de 5%. La France, avec ses 66% d'utilisateurs, rattrape progressivement les pays leaders que sont la Suisse, l'Allemagne, les États-Unis et le Japon. L'usage touche toutes les générations, tous les âges, tous les sexes et tous les niveaux socioéconomiques. La demande concerne la prévention, le soin, la potentialisation des traitements biomédicaux, la remise en forme, le développement personnel, le bien-vieillir, l'aide à l'enfance, l'accompagnement du handicap, la santé mentale, la fin de vie. L'offre d'INM complète la médecine biotechnologique. Elle constitue un marché prometteur pour les professionnels de la santé, du bien-être et des services à la personne, pour les entrepreneurs, pour les organismes d'assurance et de prévoyance et pour les médias. Ce marché n'est pas une bulle car il intègre tous les ressorts des mutations actuelles, transition épidémio-démographique, digitalisation, mondialisation, rationalisation et segmentation (personnalisation, pluralisme de choix) dans un domaine qui n'a pas son pareil pour réunir les humains, la santé. Ce n'est pas par hasard si les industriels du numérique, du tourisme, de la grande distribution et du grand âge s'y impliquent. Des modèles de financement émergent.

La création d'une société savante sur les INM

L'Appel de Montpellier

Construire la filière des INM au profit de toutes et tous comme l'y invite la HAS depuis 2011, l'OMS depuis 2013 et la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 depuis 2018 dépasse les compétences et les ressources d'une discipline, d'une pratique, d'un établissement. Aussi, nous avons lancé en 2019 avec cinq partenaires français (C2DS, UMR INSERM CESP, CUMIC, GETCOP, OMNC) un appel aux décideurs français et européens, publics et privés, pour sortir des amalgames actuels entre INM et médecines alternatives (abus de faiblesse, exercices illégaux, usurpations de titre, désinformations, pertes de chance...). Cette mobilisation collective intitulée *l'Appel de Montpellier* a fait l'objet de propositions opérationnelles aux décideurs pour faciliter l'intégration des INM pertinentes dans les parcours de soin, de santé et de vie. Hélas, l'écoute des décideurs à l'égard de *l'Appel de Montpellier* est restée atone. En effet, sur les 201 courriers envoyés en début d'automne 2019 à des agences nationales et européennes, à des représentants du gouvernement, à des collectivités territoriales, à des parlementaires, à des financeurs de santé (Assurance maladie, mutuelles, organismes de prévoyance, assureurs...) et à des organismes privés travaillant dans la santé, seuls 11% ont répondu de manière formelle en éconduisant le sujet. L'Europe nous a renvoyé vers l'État français en expliquant étonnamment que ce sujet n'était pas du ressort de la Direction Générale de la Santé et Sécurité Alimentaire. Le Premier Ministre de l'époque, Édouard Philippe, nous a adressé à la Ministre de la Santé, Agnès Buzyn, qui n'a pas répondu. Rares sont les parlementaires (5 sur 60 députés et 1 sur 3 sénateurs) qui se sont emparés du sujet pourtant intégré dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 et dans l'engagement national Ma Santé 2022. Des responsables nationaux se sont retournés vers leurs homologues régionaux, et réciproquement. Nous avons renouvelé notre appel en 2020 sans plus de succès. *L'Appel de Montpellier* et son bilan agrémenté de toutes les dispositions nationales et européennes depuis 1997 sont accessibles sur le site www.appel-de-montpellier.fr. Les verrous réglementaires (pratiques assimilées à des activités culturelles, manque de labélisation des acteurs professionnels et des pratiques, quasi-absence de traçabilité des usages dans les dossiers médicaux...), informationnels (absence de nomenclature, manque de définition, suspicion de pratiques sectaires...), financiers (manque d'accès aux procédures de remboursement...), organisationnels (partenariats public-privé insuffisants...) et scientifiques (manque d'experts, financement insuffisant de la recherche...) ne sont pas levés. La pandémie de COVID19 n'a fait que souligner les manques en matière d'intégration des INM dans les parcours de santé malgré les initiatives locales.

La Non-Pharmacological Intervention Society (NPIS)

En accord avec les acteurs de l'Appel de Montpellier, nous avons créé en 2021 une société savante des INM visant à accélérer la recherche et l'innovation, normaliser les pratiques, former les praticiens aux prérequis interdisciplinaires, partager des analyses prospectives, rassembler les acteurs de la filière et échanger avec les autorités. Son nom, la *Non-Pharmacological Intervention Society* (NPIS). Elle est accessible sur le site www.npisociety.org. Elle va notamment englober les activités et les outils pour la recherche développés par la Plateforme universitaire collaborative CEPS depuis 2011. La société savante NPIS a le statut d'association loi 1901 à but non lucratif.

Un modèle d'évaluation

Vers un modèle convergent d'évaluation des INM

Il existe toute sorte d'approches et de méthodes pour évaluer une pratique de santé. Le secteur du médicament a entériné un processus commun de validation et de surveillance dans les années 1960. Bouvenot rappelle que « jusqu'aux années soixante, nombre d'interventions thérapeutiques [médicaments] n'avaient encore pour seule justification, si l'on peut dire, que la force de la routine, l'attachement crédule à des traditions, ou la généralisation à partir de quelques exemples occasionnels et anecdotiques abusivement appelés expérience professionnelle » (Bouvenot et Vray, 2006, p.13). Une revue a montré l'absence de modèle unique d'évaluation des INM à ce jour (Ninot et Carbonnel, 2016). Des auteurs s'inspirent du médicament comme le CONSORT (Boutron et al., 2012). D'autres recommandent un processus s'appuyant sur les théories du changement de comportement comme le modèle ORBIT (Czajkowski et al., 2015). D'autres s'inspirent de l'ingénierie qui se fonde sur une procédure itérative d'amélioration de la qualité de la solution avec la méthode Agile. D'autres enfin proposent des modèles hybrides comme le modèle MOST ou le modèle britannique *Complex Interventions* du *Medical Research Council* (Craig et al., 2008). Ces modèles proposent des solutions plus ou moins contraignantes en matière de recherche amont (mécanistique, clinique) et aval (implémentation, surveillance). Ils impliquent des délais de validation, des niveaux de certitudes et de ressources (humaines, matérielles et financières) diamétralement différents. L'adoption d'un modèle consensuel permettrait de rendre les procédures de validation des INM plus lisibles pour les concepteurs, plus cohérentes pour les chercheurs, plus sûres pour les utilisateurs et plus claires pour les décideurs. Les travaux de la Plateforme CEPS ont permis de développer un modèle identifiant 5 phases indépendantes permettant de donner plus de lisibilité aux études menées et à leur finalité (Figure 4).

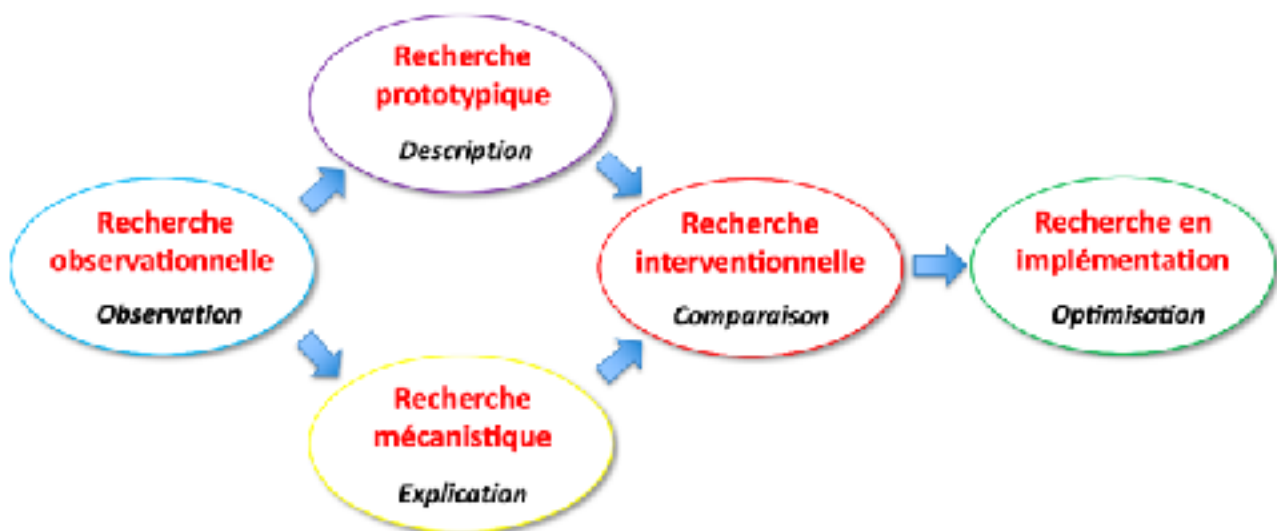


Figure 4 : Phases d'évaluation des INM

Recherche observationnelle

Les études observationnelles sont des méthodes où les chercheurs observent l'effet d'une intervention sans essayer d'agir dessus. Il existe l'étude de cohorte où à des fins de recherche, un groupe de personnes liées par au moins une caractéristique commune (par ex., maladie, âge, lieu de vie) est suivi dans le temps à fréquence régulière avec la mesure d'au moins un marqueur de santé (par ex., poids, glycémie, fréquence cardiaque de repos, nombre de pas hebdomadaire, score de qualité de vie). Des analyses permettent d'identifier si l'usage d'une INM est statistiquement associé au marqueur de santé évalué et si les personnes utilisant l'INM (dites les personnes

« exposées ») ont de meilleurs résultats que celles qui n'ont pas été exposées (« non exposées »). Les études cas-témoins est une forme particulière d'étude de cohorte où les chercheurs comparent l'évolution de personnes ayant un problème de santé (« cas ») et un groupe similaire sans problème (« témoins ») en les comparant à une ou plusieurs expositions. Ces études permettent d'établir des relations plausibles entre une INM et un bénéfice et/ou un risque pour la santé sans que cette relation soit de nature causale. En effet, différentes variables peuvent médier la relation établie (par ex., niveau social, mode de vie).

Recherche prototypique

Les études de prototype visent à définir et co-construire par aller-retour une INM avec la population cible. Les chercheurs déterminent la dose, le contenu, le déroulement, les techniques, la population optimale, les précautions, les prérequis du praticien et le contexte d'usage (Tableau 1). Cette étape doit conduire à la création d'un manuel dédié aux praticiens et d'une notice informative pour les usagers. Par exemple, il ne s'agit plus de parler d'acupuncture mais bien d'un protocole avec des techniques et des séances décrites. De nombreux chercheurs, et notamment Paul Glasziou (Glasziou et al., 2008) et Tammy Hoffmann (Hoffmann et al., 2013) ont eu l'occasion d'expliquer en quoi le manque de description de pratiques non pharmacologiques freine leur reconnaissance et leur pérennisation.

Nommer une INM et la décrire précisément est une étape essentielle qui d'une part facilitera son identification, son amélioration continue et sa traçabilité ultérieure (démarche qualité). Des efforts réglementaires doivent être faits pour protéger la propriété intellectuelle des auteurs, les investissements faits par les promoteurs des études pour la standardisation ou « manualisation » des protocoles et les qualifications spécifiques des praticiens (Ninot, 2020).

Recherche mécanistique

Il s'agit là des études les plus connues qui isolent en laboratoire chez l'animal ou l'homme, en condition expérimentale *in vitro* ou *in vivo*, des mécanismes biologiques et des processus psychologiques expliquant pourquoi une INM agit sur la santé. Les progrès récents des connaissances dans les domaines de l'épigénétique, de l'immunologie et des neurosciences soutiennent le développement des INM. Ces travaux de recherche fondamentale sont utiles, mais présentent des limites dans la « vraie vie ». En effet, une INM, comme un protocole d'acupuncture, sollicite plusieurs mécanismes biologiques et psychologiques de manière simultanée. De nombreux auteurs plaident ainsi pour des mécanismes d'action réunis dans des théories intégrées. L'imbrication des processus activés par un protocole d'acupuncture par exemple, justifie une manière de pensée intégrative où l'INM est entendue comme une « molécule à effet systémique », et tant pis pour nos esprits cartésiens et réducteurs espérant trouver une explication unique à un bénéfice sur la santé. Ces chaînes multimodales en milieu ouvert rendent compte de la complexité humaine si bien décrite par Edgard Morin.

Une INM sollicite plusieurs mécanismes en parallèle et « à tous les étages de l'organisme », de la molécule au social. Ils impactent le patient à différents niveaux. Le patient ne vit pas de manière isolée dans un laboratoire comme une animal cobaye. Dans la « vraie vie », les mécanismes physiologiques et psychologiques sollicités par une INM agissent de concert (Ninot, 2019).

Recherche interventionnelle

Une étude interventionnelle aussi appelé essai clinique implique une recherche chez les personnes volontaires. Les participants reçoivent des interventions spécifiques selon le design de l'étude créé par les chercheurs. Ces interventions peuvent être des produits médicaux, des dispositifs médicaux ou des INM. Un essai clinique compare une nouvelle intervention à une intervention standard si elle existe, à un placebo qui ne contient aucun ingrédient actif ou à aucune intervention. Des essais comparent des interventions déjà disponibles entre elles. Les chercheurs déterminent l'innocuité et l'efficacité de l'intervention en mesurant des indicateurs objectifs (par ex., glycémie) et subjectifs (par ex., anxiété perçue) chez tous les participants avant et après l'intervention. Les essais cliniques sont enregistrés dans des bases avant leur réalisation et nécessitent l'accord d'un Comité de Protection des Personnes et un promoteur. L'évaluation des INM nécessite des essais pragmatiques proches de la vraie vie des participants (Schwartz et Lellouch, 2009). Les chercheurs établissent ainsi une relation causale entre l'intervention et ses effets, en anglais l'*effectiveness* d'une INM (efficacité en vie réelle et non l'*efficacy*, efficacité en situation optimale de laboratoire). Ces études, une fois répliquées avec des résultats convergents identifiés dans des revues systématiques, ont un poids prépondérant dans les décisions de recommandations des sociétés savantes, d'intégration dans les systèmes de santé et de remboursement par les décideurs.

Recherche en implémentation

Des besoins émergent sur les conditions de mise en œuvre d'une INM au sein d'un cadre établi par les études détaillées précédemment. Il s'agit là d'études de dissémination et d'adaptation sur des territoires et des modes de vie spécifiques. Ces recherches visent à améliorer les bonnes pratiques professionnelles, du contexte de mise en œuvre à l'attitude du professionnel en passant par le ciblage de l'INM. Ces études ont également une fonction de surveillance et d'amélioration continue de la qualité.

Conclusion

L'essor des INM s'amplifie et se diversifie. Des protocoles d'acupuncture en font partie. Les INM répondent aux humains du 21^{ème} siècle en quête d'une meilleure santé, d'une meilleure autonomie, d'une meilleure qualité de vie et d'une plus grande longévité. Ces interventions santé et leurs praticiens doivent donner toutes les garanties de ne pas prêter le flanc au charlatanisme (Ernst, 2009). Contrairement aux médecines alternatives, les INM ont choisi un chemin, long, fastidieux, contre-intuitif mais sûr pour les patients et pour la société, celui de la science et de la santé fondée sur des données probantes (Barry et al., 2014). Elles constituent aujourd'hui une filière de santé à part entière.

Pr. Grégory Ninot

Institut Desbrest d'Epidémiologie et de Santé Publique (Univ. Montpellier - INSERM)

Directeur adjoint

Campus Santé, IURC, 641 avenue du doyen Gaston Giraud, 34 093 Montpellier

Institut du Cancer de Montpellier

Chargé de recherche en Soins de support

208, avenue des Apothicaires, 34 298 Montpellier

Plateforme CEPS (CNRS-UPVM-UM, MSH-Sud)
Fondateur et directeur
Rue Henri Serre, 34 000 Montpellier

Bibliographie

- Académie Nationale de Médecine, *Thérapies complémentaires (acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi) : Leur place parmi les ressources de soins*. Académie Nationale de Médecine, 2013.
- Barry C., Seegers V., Gueguen J., et al., Évaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture, INSERM, 2014.
- Boutron I., Ravaud P., Moher D. *Randomized clinical trials of non pharmacological treatments*, CRC Press Taylor and Francis, 2012.
- Bouvenot G., Vray M., *Essais cliniques : Théorie, pratique et critique*. Lavoisier, 2006.
- Craig P., Dieppe P., Macintyre S., Michie S., et al., Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance, *British Medical Journal*, 2008, 337, a1655.
- Czajkowski S.M., Powell L.H., Adler N., et al., From Ideas to Efficacy: The ORBIT model for developing behavioral treatments for chronic diseases. *Health Psychology*, 2015, 10, 971-982.
- Ernst E., Ethics of complementary medicine: practical issues, *British Journal of General Practice*, 2009, 59, 564, 517-569.
- Falissard B., Les « médecines complémentaires » à l'épreuve de la science. *Recherche et Santé*, 2016, 146, 6-7.
- Glasziou P., Meats E., Heneghan C., Shepperd S., What is missing from descriptions of treatment in trials and reviews? *British Medical Journal*, 2008, 336, 7659, 1472-1474.
- Global Wellness Institute, *Global wellness economy monitor*. GWI, 2017.
- Haute Autorité de Santé, *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*, HAS, 2011.
- Hoffmann TC, Eructi C, Glasziou PP. Poor description of non-pharmacological interventions: analysis of consecutive sample of randomised trials. *British Medical Journal*, 2013, 347, f3755.
- Ministère des Solidarités et de la Santé, *Plan Priorité Prévention 2018-2022*, Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018.
- Ninot G (2020). *Non-Pharmacological Interventions : An Essential Answer to Current Demographic, Health, and Environmental Transitions*. Cham : Springer Nature.
- Ninot G., Carbonnel F., Pour un modèle consensuel de validation clinique et de surveillance des interventions non médicamenteuses. *Hegel*, 2016, 6, 3, 273-279.
- Ninot G., *Guide professionnels des interventions non médicamenteuses*, Presses Universitaires de la Méditerranée, Paris, Dunod, 2019.
- Ninot G., Barry C, Ben Khedher Balbolia S, Carbonnel F, Kopferschmitt J, Paille F, Nizard J, Nogues M, Rochaix L, Falissard, B. Checklist des invariants méthodologiques d'évaluation des INM. iCEPS Conference, 2020.
- OMS, *Adherence to long-term therapies: evidence for action*, OMS, 2003.
- Schwartz D., Lellouch J., Explanatory and pragmatic attitudes in therapeutical trials, *Journal of Clinical Epidemiology*, 2009, 62, 5, 499-505.

TABLE DES MATIERES

conférences plénières

1- Introduction

Dr S. Mezzani

Dr S. Bidon

2 - La cancérologie intégrative, une nouvelle médecine ?

Dr S. Träger

3 - Présentation du fascicule du CFA-MTC "Acupuncture en oncologie.

Données probantes justifiant l'utilisation de l'acupuncture dans les soins de support"

Dr S. Bidon

4 - Les trésors cachés de l'acupuncture et de l'hypnose dans la prise en charge des patients en oncologie

Dr J-M. Hérin

5 - Efficacité de l'association de l'acupuncture adaptée selon la différenciation des syndromes en MTC dans le traitement des neuropathies secondaires à la chimiothérapie

Dr R. Patru

Dr A. Tudor

6 - Acupuncture et arrêt de la consommation tabagique, une revue de la littérature

Dr N. Lhommeau

7 - L'acupuncture : un outil pour accompagner la chirurgie réparatrice du sein

Mme A. Pelletier

Dr J-P Pradier

8 - L'hypersialorrhée pendant la grossesse : j'en ai bavé, j'en bave encore

Mme I. Bourdenet

Mme V. Le Gall

9 - Autour d'un cas clinique de fibrome et syndrome prémenstruel

Dr M. Souvanlasy

10 - A partir d'un cas clinique, douleur sus pubienne chronique traitée par acupuncture segmentaire

Dr P. Clément

11 - Caresser, masser et prendre soin des seins : pourquoi et comment dans le Qi Gong de la femme ?

Mme A. Ronné-Le Verre

12 - 18 renmai ou le piercing de Johanna

Mme I. Anger

Mme A. Pollet

13 - Au sein des seins : symbolisme de leurs points et richesses du féminin

Mme C. Motte

14 - Ceci n'est pas un engorgement...

Mme P. Duchateau

15 - Apport de l'acupuncture dans la prise en charge de la fibromyalgie : revue de la littérature et expérience dans un centre de la douleur

Dr C. Clamageran

15 bis -Apport de l'acupuncture dans la prise en charge de la fibromyalgie : expérience du C.E.T.D. du CHU de Nantes

Dr S. Abad

16 - Traitement des douleurs post-chirurgicales dues à des cicatrices

Dr F. Marion

17 - Neuro-acupuncture, antalgique de palier IV

Dr P. Sautreuil

18 - Electro-acupuncture et électro-auriculothérapie pour soulager les séquelles douloureuses après traumatisme médullaire

Dr O. Cuignet

19 - Intérêt de l'acupuncture dans la prise en charge des céphalées et migraines

Dr C. Desfosses

20 - Intérêt de l'acupuncture dans le traitement des migraines : étude observationnelle à partir d'une trentaine de cas vus au cabinet

Dr P. Baudin, Dr E. Berthet, Dr B. Rammeloo

21 - Prévention des migraines par traitement des jingbie, électroacupuncture et chronoacupuncture

Dr J-M. Stéphan

22 - Actualisation des recommandations sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine épisodique et chronique de l'adulte

Dr E. Guégan-Massardier, Dr M. Martin

23 - L'acupuncture, une médecine intégrée ?

Dr G. Andres

24 - La pensée complexe : une pensée en action pour l'acupuncture

Dr S. Abad

25 - Faut-il encore parler d'effet placebo en acupuncture ?

Dr H-Y. Truong Tan Trung

26 - Intégrer, avec quelle intention ?

Dr L. Jablonski

27 - Les interventions non médicamenteuses : un écosystème en construction

Pr G. Ninot

ATELIERS ET POSTERS

