

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)

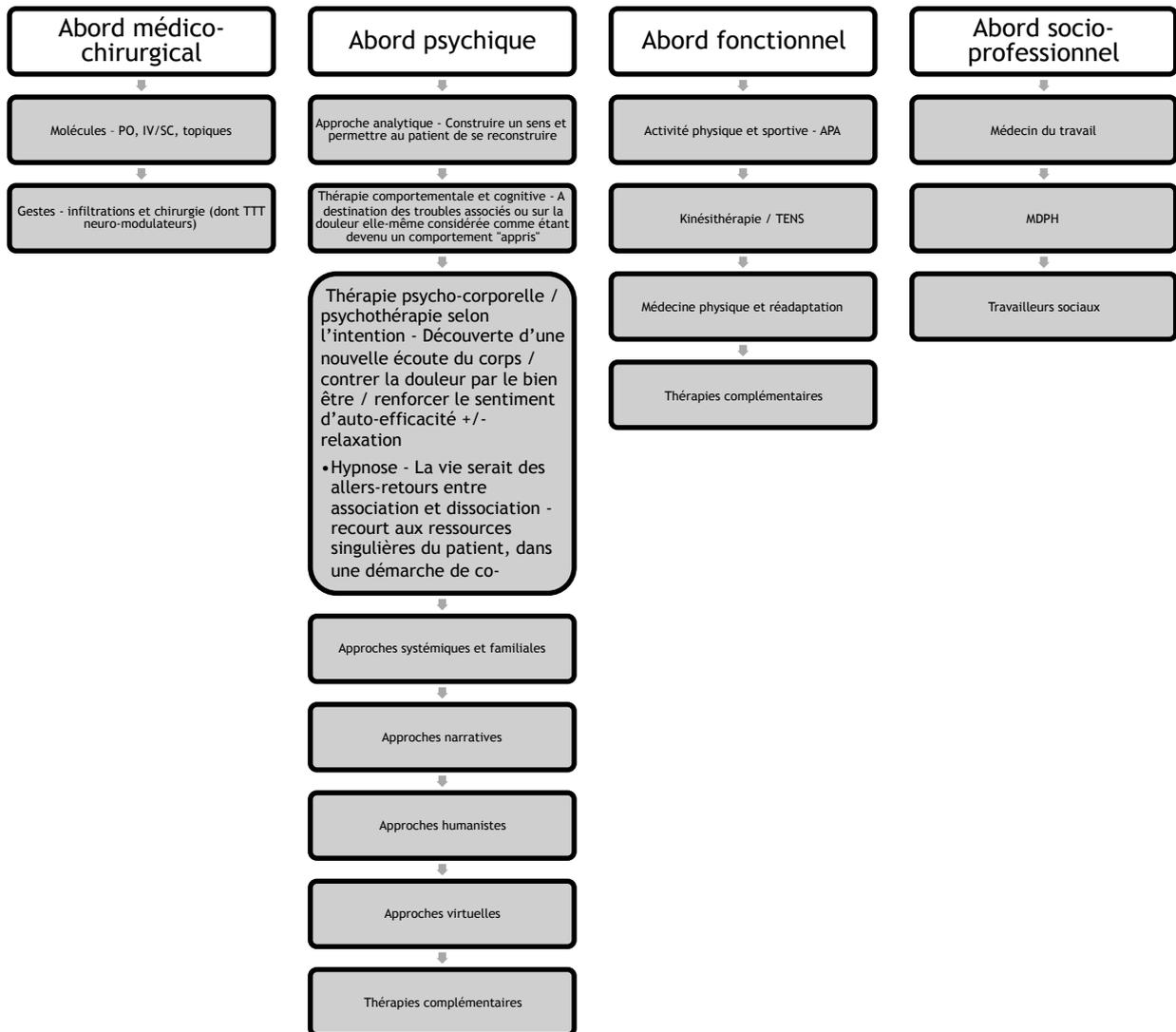
Quelques mots à propos des « structures douleurs »

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 résonances 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.