

Apport de L'Auriculothérapie dans le traitement des pharmacodépendances

Santourian Jean Philippe

2020-2021

Table des matières

Introduction.....	3
Historique.....	5
De l'Auriculothérapie.....	5
Des psychotropes.....	7
Physiopathologie.....	10
Des médicaments psychotropes.....	10
Les Benzodiazépines.....	10
Les somnifères.....	10
Les Neuroleptiques.....	10
Les Anti Epileptiques.....	10
Les Anti dépresseurs.....	10
Un mot sur.....	10
.....les IRS.....	10
Serotonine et médicaments IRS ou « la pilule du bonheur ».....	15
Hypothèses sur les mécanismes neurophysiologiques d'action de l'Auriculothérapie.....	17
Observations.....	23
Methodologie.....	25
L'Auriculothérapie.....	25
La mesure des résultats.....	26
Cas cliniques.....	29
Résultats.....	58
Interprétation.....	59
Conclusion.....	61
Bibliographie.....	62
Annexe: Tableau de synthèse des médicaments psychotropes.....	63

Introduction

Pour élever un sénotaphe, il faut, tout d'abord, un million de victimes.

Plus de 400 tonnes de médicaments psychotropes vendus en France.

Des billions de dollars de procès pour fraudes dans les études, falsifications de preuves, corruption institutionnelle et médicale, pour un marché du médicament trop clairement iatrogène, depuis une quarantaine d'années....pour le moins.

Un million de victimes ? Nous avons certainement dépassé ce seuil.

Et pourtant, les années 50 ont été fort prometteuses, en particulier sur le plan de la psychiatrie, grâce notamment à des personnalités de la Médecine comme le Dr Laborit, le Dr Halpern, ou le Dr Charbonnier, comme je le détaillerai un peu plus loin dans la partie historique.

Des cures d'hydrothérapie, de dégoût, à l'insuline (les "fameuses" cures de Sakel), et j'en passe, le monde de la psychiatrie allait faire un bon en avant qui se voulait prometteur avec les molécules psychotropes comme les tout premier neuroleptiques: enfin les schizophrénies (ou du moins les patients diagnostiqués tels) allaient pouvoir quitter le stéréotype du fou à celui de malade, et , implicitement à celui du malade *curable*.

Nuance.

Or, où en sommes nous 70 ans plus tard ?

- A une politique de *gestion* de la pharmacodépendance qui surfe sur la vague de la substitution :lorsqu'une benzodiazépine ne semble pas "fonctionner", le neuroleptique lui est substitué, à moins que ce ne soit l'anti-épileptique, l'anti-dépresseur,l'antalgique, le somnifère, voire même le morphinique!
- A une pratique *médicale* d'associations dangereuses de molécules psychotropes aux interactions pourtant clairement contre indiquées comme le précise le dictionnaire du médicament Vidal. Mais ce livre est trop souvent peu lu, ou trop rapidement, ou plus souvent pas du tout, puisque la stratégie de l'ordonnance façon "millefeuille", en psychiatrie, est hélas, plus souvent la règle que l'exception, sous couvert d'"habitudes" de prescription, d'une expérience de la psychiatrie qui semble bien souvent s'affranchir de la physiologie la plus élémentaire, et de références bibliographiques éludant leur propre littérature grise.
- A une énième tentative de classification des malades par le sacro-saint DSM: Diagnostics Standardisé des troubles Mentaux. Cette abomination intellectuelle frise l'eugénisme par la psychiatrisation de 99% de la société et le total négationnisme des émotions humaines qu'il véhicule. Le racket à l'école, par exemple, ne mérite pas qu'on s'y attarde: la victime (et son prescripteur) dispose d'une case bien définie dans le DSM pour être "soignée": celle de la "phobie scolaire", légitimant le traitement psychotrope. La malveillance de cette classification va jusqu'à permettre le diagnostic "post-prescriptum": si vous prenez du Dépakote^R, par exemple, c'est que vous êtes bipolaire. Plus besoin d'avoir fait des études médicales: il suffit pour vous de prendre les médicaments qui vous classent dans le DSM.
- A une énième tentative de suggestion aux médecins (ayant pourtant une formation théorique et pratique -jadis ?-solide de 9 années minimum) de ce qu'ils *devraient* prescrire: après les recommandations, les guides de bonnes pratiques, les références médicales opposables, nous

voici dans l'ère de la neuroscience, énième tentative de rendre confus ce que mes Maîtres, **Neuro**-psychiatres, avaient coutumes de classer de manière simple et sans dogme, à la seule condition d'avoir fait un bon examen clinique, s'être entouré de paramètres biologiques et/ou radiologiques excluant toutes les formes de troubles psychiatriques d'origine organique (et il y en a une longue liste comme je l'expliquerai plus loin), et d'avoir soumis tous ces éléments à une réflexion incluant le contexte familial, social et/ou professionnel.

- A des décès par surdosage, à des décès par associations médicamenteuses entre elles ou avec l'alcool ou les drogues "illicites", que les organismes de recueil peinent à mesurer, mais dont médecins de terrain et association de victimes¹ peuvent témoigner.
- A une morbidité préoccupante: des IDM ou des AVC bien trop tôt dans la vie, des prises de poids morbides mutilantes sur le plan ostéo articulaire, ou des diabètes et pneumonies atypiques.....
- A un relatif maintien d'une psychiatrie hospitalière encore à l'image de "vol au dessus d'un nid de coucou", si je peux en juger par le témoignage d'une majorité de mes patients.....

Le constat est bien navrant.

"Primum Non Nocere" , disait Hippocrate. Nous nous en sommes bien trop éloignés et le temps est venu d'y revenir.

Ce travail est le fruit d'une dizaine d'années de réflexion et de soins médicaux de type holistique, dans lesquels l' Auriculothérapie a été et est encore une aide considérable, souvent couplée avec une approche tempéramentielle et Hippocratique du soin dans laquelle les grands principes que partageaient notre Maître avec Sainte Hildegarde Von Bingen prennent leur véritable signification.

1 CNVP: Collectif National des Victimes de la Psychiatrie. <http://www.cnvp84.fr/>

Historique

De l'Auriculothérapie

Cette forme de soins a été découverte par le Dr Paul Nogier dans les années 1950. Jusque là, l'acupuncture traditionnelle issue de la médecine traditionnelle Chinoise ne localisait quasi aucun point sur le pavillon auriculaire. Aucune cartographie auriculaire n'existait.

Pour autant l'usage du pavillon auriculaire, à des fins de santé, lui est antérieur.

Il semble que Percy Pierre-François, médecin de l'armée Napoléonienne, utilisait une forme de cautérisation des anti-tragus pour soulager les douleurs dentaires. Il en fait mention dans son livre : **Pyrotechnie chirurgicale-pratique, ou l'art d'appliquer le feu en chirurgie**

Metz : De l'imprimerie de Collignon, 1794.

<http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?cote=36662&p=257&do=page>

Paul Nogier cite un courrier inséré dans la revue médico chirurgicale de mai 1850 rapportant les pratiques de cautérisation de l'oreille pour soigner les sciatiques du Dr Luciana de Bastia en Corse

https://books.google.fr/books?id=XBgUAAAAQAAJ&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

https://books.google.fr/books?id=f35SDwAAQBAJ&pg=PT16&lpg=PT16&dq=dr+luciana+de+la+caut%C3%A9risation+pour+toutes+les+sciatiques&source=bl&ots=EFifAngz_Y&sig=vYJhBV1UKSNjz-Wgki_VNB7FGU&hl=fr&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=dr%20luciana%20de%20la%20caut%C3%A9risation%20pour%20toutes%20les%20sciatiques&f=false

La revue est tenue par le Pr Malgaigne, qui exercera, par la suite, une cautérisation du point de l'hélix.

Dr Lagrelais, Dr Finco, fin des années 1860 à 1870, puis Dr Duschene de Boulogne qui hurle....au charlatanisme

Silence jusqu'en 1951 où Paul Nogier reprends et développe l'Auriculothérapie.....

Auteurs	Lieu	Mode de recherche (privé/HU : Hospitalier Universitaire)	Thème	Années (moyenne)
NOGIER Paul (créateur) et Raphaël NOGIER(Paul Nogier, n.d.)	Lyon	Privé	Tout	1950 58 publications Marseille 56 : traductions Allemandes et diffusion

				Allemande vers la Chine 1966:RAC
Création du GLEM				1962
Michel MARIGNAN	Marseille	HU : chirurgie orthopédique/ rhumatologie (?)	Posturologie+ travail d'enregistrement du VAS	?
Claudie TERRAL	Montpellier	HU : centre de rééducation	Fibromyalgie	?
Yves ROUXEVILLE	Nantes et Syfax	Mixte : privé et HU Nantes (premier DIU)	Tout	?
Pierre MAGNIN	Besançon, Strasbourg et Versailles	?	VAS	
Pierre RABISHONG	Montpellier	INSERM	Chute de résistivité des points d'acupuncture et d'auriculopuncture (lapin)	1970-1980
René BOURDIOL	Paris	?	Cartographies	1965-Elève de Soulier de Morand 1970-1980
Chantal VULLIEZ	Lyon	Privé	Stomato dentaire	?
Jean BOSSY	Nîmes	HU :	Réflexothérapies Innervation de l'oreille(Bossy Jean, 1995)	1960-1975
Niboyet	Marseille		Points d'acupuncture de moindre résistance	1960-1980 (1962)
Durnynian	Moscou	HU	Neurophysiologie d'auriculopuncture (dent du chat)	1980
MEAS yunsan (Tchang Chi Cheng)	Nantes	ITERC	?	?
Khider	?	?	Obstétrique	?
Jarricot	?	?	Premiers détecteurs	?
Bricot	?	?	Travaux d'enregistrement sur le VAS	?
Terence Olson	Los Angeles		Somatotopie Pain Control Unit Los Angeles	1980

Des psychotropes

J'ai constaté depuis plusieurs années, combien est peu connue, dans le monde médical, l'origine d'un stupéfiant encore utilisé de nos jours: la cocaïne. Historiquement, si les feuilles de l'Erythroxylon Coca sont utilisées de manière séculaire en Amérique du Sud, il en va un peu différamment en Europe: Freud et le laboratoire Merk vont populariser la cocaïne à leur époque(Jacques Benesteau, 2002). Le premier pour son propre usage, et le second pour en tirer profit-comme tous les laboratoires pharmacologiques. De cette cocaïne va dériver la *novocaïne*, qui sera une révolution dans les soins ophtalmologiques.

Mais en psychiatrie, on reste aux cures de Sakel (coma insulinique artificiellement provoqué) pour le moins, et à la lobotomie pour le pire, avec les tenants de la psychanalyse ou des thérapeutiques comportementales au milieu.

Le principal tournant concernant les psychotropes semble être Français.

En France, en effet, 4 noms et trois laboratoires sont associés de très près avec ce qui va constituer le départ de la pharmacologie du cerveau et/ou de l'esprit, en deux mots la psychiatrie chimique, *dans le monde*:

-Daniel Bovet dans les années 1935 à 1940, avec les laboratoires Pasteur.

-Halpern (avec Pierre Vaud, et Paul Carpentier) dans les années 1940-1942, avec les laboratoires Rhône-Poulenc (actuellement Sanofi)(Philippe Even; Bernard Debre, 2018)

-Henri Laborit (médecin anesthésiste militaire) en 1951, avec ses expériences (et ses ouvrages) sur la fuite, la lutte, ou l'inhibition de l'action, à l'hôpital militaire du Val de Grâce.

Les premiers neuroleptiques voient le jour grâce à la conjonction de facteurs contextuels: l'après guerre mondiale, et la médecine expérimentale. Cette dernière, plus proche de l'étude de l'allergie² au départ, mais appliquée dans ce contexte, va mettre en évidence des effets inattendus sur le plan neuropsychique.

Les premiers neuroleptiques sont des anti allergiques, ainsi que toutes les copies suivantes depuis les années 50 à nos jours.

70 ans d'usage, de mésusage, et -trop souvent- d'abus mortels ou morbides.

Les 20 dernières années ont été l'illustration d'une folie meurtrière en lien avec la cupidité de laboratoires pharmacologiques qui ont vu là-dedans un marché juteux à la place d'un soin médical, la déliquéssence des organismes de sécurité du médicament à travers le monde, soit par incompetence avérée (structurelle ou humaine), soit par collusion, soit par les deux réunies, et enfin par l'évolution d'une société dont la toxicité se révèle insidieusement à différents niveaux....

² voir à ce sujet l'excellent ouvrage de Halpern jamais égalé à ce jour selon moi

Le tableau qui suit a été réalisé à partir de l'ouvrage de Peter Gotsche.(Gotsche, 2017)

2007	Merck condamné à <u>670 millions de dollars</u> pour...	Promotion illégale de plusieurs drogues incluant des avantages financiers et des donations pour des missions jamais mises en oeuvre (formation, recherche....) aux prescripteurs (hôpitaux et médecins)....
2009	Pfizer condamné à <u>4 billions³ de dollars</u> pour... A <u>4 million de dollars</u> pour... et à <u>430 millions de dollars</u> pour...	1-Promotion illégale de 4 drogues dont...la prégabaline (Lyrica) 2- Essai in vivo de Trovafloxacin chez des Nigériens(1996!) ⁴ 3-pour promotion illégale du Neurontin dans des indications abusives (douleurs chroniques, migraines et simples céphalées)
2009	Lilly condamné à <u>1,4 billion de dollars</u> pour...	Abus de confiance et mise en danger volontaire avec le ZYPREXA (olanzapine) truquant les études pour faire pencher la balance en faveur de la drogue. ⁵
2009	Sanofi Aventis condamné à <u>95 millions de dollars</u> pour...	Fraude par surfacturation aux agences de santé d'un produit destiné aux indigents: un spray nasal à base de cortisone: le triamcinolone
2009	Roche	Roche ne publiera jamais les data qui prouveraient l'efficacité et l'innocuité du Tamiflu, mais réussira à "convaincre" le gouvernement et l'OMS de le stocker en masse, et le médecins de le prescrire....
2010	Novartis condamné à <u>423 millions de dollars</u> pour...	Corruption à la prescription de Trileptal (oxcarbazépine) dans des indications sans rapport ⁶ avec l'AMM (épilepsie partielle) et 5 autre drogues ⁷
2011	GlaxosmithKline condamné à <u>3 billions de dollars</u> pour....	Corruption à la prescription, vente illégale de 5 drogues non approuvées par la FDA, obstruction à l'enquête de la FDA:le Bupropion (Wellbutrin ^R aux US, ZYBAN ^R), Paroxetine (Paxil ^R aux US, DEROXAT ^R) et 3 autres. + collusion avec le Congrès pour menacer la FDA à propos du Zanamivir (RELENZA®)
2010	Astrazeneca condamné à <u>520 millions de dollars⁸</u> pour...	Corruption à la prescription et vente illégale(non approuvée par la FDA) de Quetiapine (XEROQUEL ^R) ⁹

3 Un billion = un million de million (1000 Milliards)

4 Ayant entraîné décès et séquelles neurologiques graves et définitives (dont cécité). Cette molécule est retirée du marché en raison.....de sa toxicité hépatique.

5 L'olanzapine(Zyprexa)entraîne obésité, diabète, IDM et Pneumonie. Son bénéfice dans les démences (en particulier chez les personnes âgées et les enfants), dépression et maladie d'Alzheimer restent encore à démontrer....

6 Prescrit frauduleusement pour des troubles psychiatriques ou la douleur, ou....à la tête du patient.

7 Valsartan (Diovan) pour l'hypertension, Tegaserod (Zelnorm) pour le syndrome de l'intestin irritable, finalement retiré du marché pour toxicité cardio vasculaire, Octreotid (Sandostatin), (amlodipine+valsartan(Exforge) pour l'hypertension, et aliskiren (Tekturna) pour l'hypertension.

8 Le bénéfice d'Astrazeneca à la vente de la quetiapine dans ces conditions s'élèvera en 2009 à **4,9 billions de dollars**.

9 Les (pseudo) indications à la prescription du Xeroquel vont de l'agression (!) aux troubles du sommeil, en passant par la gestion de la colère (!), les troubles de l'humeur, la démence, la dépression, l'anxiété, le stress post traumatic, le syndrome d'hyperactivité et de déficit de l'attention et la maladie d'Alzheimer (!).

2012	JJ condamné à <u>1,1 billions de dollars</u> pour....	Corruption de médecins et collusion entre médecins d'essai et directeur médical de JJ, à la prescription ¹⁰ du neuroleptique Risperidone RISPERDAL^R
2012	Abbot condamné à 1,5 Billions de dollars pour.....	Promotion illégale à la vente et l'usage du Depakote non approuvée par la FDA, fausses déclarations à propos de la sécurité, de l'efficacité, du dosage du coût effectif du Depakote^R pour des usages non approuvés, pendant que la compagnie arrêtait un essai clinique qui mettait en évidence une augmentation des effets secondaires.....

10 JJ mentent en prétendant le contraire de l'effet indésirable du Risperdal sur le poids (qu'il majore et non pas qu'il réduit), et, par des pots de vins, permettent une large prescription chez les enfants et les personnes âgées.

Physiopathologie

Des médicaments psychotropes

Les Benzodiazépines

Ont 4 actions principales sur le plan pharmacologique:

- Anxiolytique
- Sédative
- Anti-convulsivant
- Myorelaxant

Les somnifères

-sont en fait des benzodiazépines d'action rapide et brève. D'où leur dénomination d'"hypnotiques". Certains d'entre eux ont été classés dans la longue liste des stupéfiants depuis ces dernières années.

Les Neuroleptiques

-Tous étaient au départ des anti-histaminiques. Je vous renvoie au tableau de fin d'ouvrage pour leur classification en typiques, de deuxième génération, et atypiques.

Les Anti Epileptiques

4 sous classes détaillées dans le tableau de fin d'ouvrage.

Les Anti dépresseurs

les premiers: les "tricycliques", les IMAO, les INRS, les ISRS, les ISRN.

Je vous renvoie au tableau de fin d'ouvrage pour leur classification dans le détail.

J'ai rédigé ce tableau à l'aide de l'excellent ouvrage de Peter C. Gotzsche(Gotzsche, 2017) et celui du guide des médicaments de Ph. Dorosz(Ph Dorosz, 2020).

Un mot sur.....

.....les IRS

Depuis l'arrivée des anti dépresseurs serotoninergiques, le matraquage presque indécent des promoteurs de cette classe de médicaments, et des enseignants aussi "perroquet" que pompeux, n'a eu cesse de me faire réfléchir sur la pertinence des messages qui ont été véhiculés:

- "la sérotonine, hormone(ou neurotransmetteur)du bonheur, du bien être "
- "dépression = déséquilibre chimique neuronale : carence en sérotonine dans le système nerveux"

Rien que ça doit nous éveiller, nous sortir de la torpeur ou de la confiance aveugle qu'anciens étudiants, nous avions vis à vis de nos Professeurs d'Université, et qu'aujourd'hui, toujours étudiants-et même plus que jamais!-nous leur attribuons encore, parfois à raison et d'autres fois.....à tort !

Alors je vais revenir sur ce neurotransmetteur, sur le fonctionnement du corps humain, sur les conclusions légitimes qu'on peut avancer, et sur les questions qu'on doit se poser.

La sérotonine, je l'ai connue il y a plus de 20 ans en arrière, non pas lorsque j'étais sous le coup du matraquage promotionnel -pardon, je voulais dire sous le coup des "modules universitaires" de psychiatrie-en tant qu'externe, puis livré à des patrons Psychiatres, en tant qu'interne, qui auraient pû (?) ou dû (?) m'en parler avec plus de sérieux. Notez que je ne parle pas de connaissance, mais de sérieux. Etre sérieux représente un état dans lequel, très honnêtement, on expose ses connaissances ET dans lequel on reconnaît ses ignorances sur tel ou tel sujet.

En l'occurrence ici, la sérotonine.

Donc, la sérotonine, je la découvre à ce moment là, 20 ans en arrière, mais pas dans le domaine de la psychiatrie, même pas dans le domaine de la neurologie, mais en histo cyto embryologie, et même plus exactement en cytologie hématopoïétique: le sang, au sens large: les cellules sanguines, qu'elles soient dans les vaisseaux ou dans le tissu conjonctif.

Je vais la re-découvrir environ trois ans plus tard, pendant un cours d'hématologie.

Entre les 3 années: silence.

Il faut dire qu'il y a toute l'anatomie, la physiologie, la chimie organique, la biophysique, etc.....qui prennent une place importante du cursus.

Bilan de ces premiers contacts avec la sérotonine: peu de choses: mais non moins importantes:

-primo, elle est un puissant vasoconstricteur: comprenez: elle resserre les vaisseaux sanguins très fortement.

-deuxio: on la trouve -je devrais dire "on la trouvait à ce moment là", essentiellement dans certaines cellules de la lignée blanche du sang et dans le système nerveux.

3 années passent encore.

Les services de psychiatrie utilisent volontiers les anti dépresseurs "tricycliques" (j'y reviendrai) et la sismothérapie pour soigner les mélancolies.

La dépression -celle que vous connaissez tous et dont on vous habille au moindre vague à l'âme- pointe doucement le bout de son nez.

Doucement, mais sûrement;

Le DSM (ce grand et beau livre...) qui psychiatrise lui aussi, doucement mais sûrement toute la population, conditionne les prescripteurs vers la sacro sainte "solution chimique".....

Et alors, là, le raz de marée: je termine alors mes études de second cycle en apprenant que la dépression, c'est une carence en sérotonine dans le cerveau et dans les nerfs. Rien de moins.

Allez hop, circulez, ya rien à voir!

Etes vous Triste ? Hop, un cp de Prozac et tout ira mieux.

La déferlante peut commencer.

Tout le monde- y compris nous, les "scientifiques" soit disants- acceptons le plus naïvement possible, l'inacceptable.

Plusieurs années vont passer encore, et on découvre que la sérotonine, comme d'autres neuromédiateurs, sont présents aussi.....dans les intestins.

Les naturopathes y voient là une reconnaissance d'un de leur leitmotiv-et pas des moindres-qui prône la santé des intestins avant tout le reste. Reste, dont la dépression, qui, forcément, suivra.....

Alors revenons à nos moutons en général, et à la sérotonine en particulier:

-elle est présente dans le sang, dans les intestins et dans le système nerveux. Comme 99% des autres substances biochimiques du corps. Un scoop....

-elle est vasoconstrictrice. Mais ça, c'est déjà de l'histoire ancienne. On vient de vous dire qu'elle est l'hormone du bonheur ! La vasoconstriction, on laisse ça à l'adrénaline ou à la cocaïne ou à la xylocaïne.....

-elle se concentre dans certaines parties du cerveau et du système nerveux et pas d'autres, comme 99% des autres molécules chimiques-neurotransmetteurs et neurohormones.

Là par contre, ça fait moins rigoler.

On commence à repérer des réseaux neuronaux, dont le métabolisme, en partie au moins, est sous la responsabilité de molécules chimiques déterminées, mais triple cerise sur le gâteau, non seulement il existe des variations intra-personnelles au cours de la vie, non seulement il existe des variations interpersonnelles dans la population mondiale, mais il existe aussi une plasticité neuronale (comprenez que les réseaux de neurones se ré-organisent au cours de la vie) dont la responsabilité incombe (ou "décombe" comme diraient si bien les inconnus) aux neurotransmetteurs.

-sur le plan neurobiochimique:

Les études pharmacologiques plus récentes contredisent les coulevres qu'on nous avait fait manger pendant nos études (à savoir, l'effet anti -depresseur est en lien avec l'augmentation du taux de sérotonine dans la fente synaptique. Rien n'est moins vrai). En effet, rien n'est moins certain, et les spéculations actuelles se portent sur l'effet potentialisant (par l'augmentation du taux de sérotonine synaptique) des récepteurs post synaptiques à la sérotonine, mais, et tenez vous bien, certains récepteurs en état d'hyperactivité auraient un effet anti dépresseur (et encore on n'en est pas sûr!) et d'autres auraient un effet inverse! (voilà qui expliquerait facilement pourquoi les débuts de traitement majorent le risque de suicide chez ceux, qui, pour des raisons génétiques (ou autres?) seraient mieux pourvu en certains récepteurs que d'autres...) . Mais si seulement tout ceci n'était pas au conditionnel, on pourrait avancer. Hors tout cela n'est que spéculation.(David, D. J., & Gardier, n.d.)

Mais certaines études sont moins spéculatives et permettent de tirer des conclusions factuelles: elle est impliquée dans la genèse de la peur et de l'anxiété. (Marcinkiewicz et al., 2016)

La Fluoxétine (un anti dépresseur "sérotoninergique") bloque le système gaba-glutamate neuronal. (Lazarevic, Mantas, Flais, & Svenningsson, 2019b)

Il est important ici de préciser que le couple "glutamate-gaba" est un peu l'équivalent chimique du couple "détente-tétanie" sur le plan clinique.

Nous voici donc face à une molécule chimique aux propriétés complètement hasardeuses(voire fallacieuses)sur le plan du moral, mais qui, très clairement, induit anxiété et peur, et dont le blocage chimique induirait le blocage d'une voie neuronale de détente du système nerveux. Ceci pouvant expliquer cela, c'est une des raisons, et non des moindres, de ne jamais arrêter un traitement antidépresseur sans avis ni suivi médical sérieux!!

le fonctionnement du corps humain

je ne vais pas détailler tous les métabolismes du corps humain (ou animal), mais tenter une synthèse sur les mécanismes neurologiques qui soutiennent...la survie. Puis j'évoquerai un peu (on en sait encore peu finalement!) les structures et les réseaux nerveux responsables des émotions (peur, tristesse, joie, colère, sympathie), de la mémoire, des obsessions, de l'intellect, de l'intuition, de la volonté et de la personnalité.

Pour la survie, c'est une seule région (mais intriquée et en interrelation avec tout le reste!) qui est à l'origine des fonctions les plus instinctives qui soient: manger, boire, dormir, se reproduire, se protéger et protéger la pro-géniture en luttant ou fuyant.

Tout ça dans une structure cérébrale très centrale: l'hypothalamus.

L'histoire de la pharmaco-neuropsychio-chimie Française est fortement en lien avec cette région particulière du cerveau (Laborit, Halpern, Bovet et Charpentier, 1935 à 1950. (Philippe Even; Bernard Debre, 2018), et il n'est pas improbable que cette même histoire démarre encore plus tôt

dans l'histoire du monde de manière moins scientifique et encore moins pour de nobles raisons.....

Pour les émotions, mémoire, obsessions, intellect, intuition, volonté et personnalité, c'est - géographiquement parlant- situé juste au dessus (voir les théories de Mac Lean sur les 3 cerveaux, notamment, ou encore l'histoire de Phinéas Gage! Cette dernière histoire, j'en ai récemment eu une nouvelle présentation clinique authentique au cours de mon exercice médical). Certaines structures prennent le dessus sur d'autres en terme de "pilotage", mais l'organisation en réseaux qu'on lui connaît actuellement (grâce aux travaux du neurochirurgien Français Hugues Duffau) est en faveur d'un partage des fonctions, contextuel d'une culture, d'une éducation, d'un enseignement, et ainsi de suite, mais aussi dépendantes des pérégrinations de la vie (la "plasticité" cérébrale).

Cette apparente complexité est pourtant le substrat anatomique des sentiments, mémoire, intelligence, intuition, personnalité, etc.... Que nous connaissons bien. Ou plutôt. Que nous négligeons. Question de sémantique.

Je m'explique: La fameuse "dépression" ou "nervous breakdown" (ce deuxième terme ayant déjà une sémantique plus adaptée) est une entité pour le moins nébuleuse et un terme fourre-tout. N'importe qui, pris dans la tourmente des aléas de la vie, peut totaliser un score positif dans les "échelles de dépression"(Hamilton ou autre). Autrement dit, tout être humain analysé à l'aune des "échelles scientifiques de dépression" ou à celle du maudit DSM (désolé pour mes collègues aficionados de cette parodie de livre) peut être catalogué comme un "dépressif". Ce qui engendre fatalement, au choix, ou tout en même temps, la prescription, le désir de prescrire, la justification de la prescription, le besoin d'être reconnu souffrant,.....

C'est une pirouette scientifique qui frise l'indécence.

L'humain exprime des émotions. Sachons d'abord les reconnaître et les nommer. "il est triste" devrait remplacer les bien trop faciles "il est dépressif". Il est "en colère" devrait remplacer les "il est hystérique", et je vous invite à dresser une liste à l'image de ces deux exemples, vous serez étonnés de ce que la langue Française peut être riche en description des émotions humaines. Leur substituer des mots aussi inappropriés que morbides et suggestifs (comme "dépression") est un abus de langage, certes banal pour mon concierge, mais inacceptable pour le professionnel.....

Laissons l'humain exprimer ses émotions et prenons le temps de les nommer. Au pays des Droits de l'Homme !

L'être humain (ou l'animal) souffre: il a mal, il est triste, et alors l'hypothalamus, en lien avec les structures qui lui sont supérieures anatomiquement (mais pas forcément physiologiquement, question de point de vue !), mais responsable des fonctions instinctives (souvenez vous et relisez plus haut), va interagir avec l'ensemble du système pouradapter le système à la nouvelle (et parfois limite destructrice, comme peut l'être par exemple une guerre ou un génocide ou toute autre atrocité dans laquelle l'humain aime à performer) situation.

Autrement dit: "dépression" ou "adaptation" ? Essayons au moins d'y réfléchir....

sur les conclusions légitimes qu'on peut avancer

La sérotonine, pas plus que n'importe quelle molécule, n'est le neurotransmetteur ou l'hormone (ou la molécule) du bonheur. Ce raccourci est une erreur. Et la recherche biomédicale d'une molécule "du bonheur" est une démarche plus que discutable sur le plan éthique !

La sémantique de la psychiatrie est à réviser plus que sérieusement en cette période d'abus de psychotropes, qu'ils soient prescrits par des professionnels ou qu'ils fassent l'objet de trocs ou de mésusages dans le cadre d'addictions ou d'auto-médications.

Les échelles, nomenclatures, outils d'évaluation psychiatrique doivent être l'objet d'une critique permanente par les professionnels de la santé. Sinon, c'est la "camisole chimique" pour toute la population, et l'expérience de Milgram pourra être à nouveau répétée avec un taux de réussite bien supérieur à celui obtenu dans les années 60.....

les questions qu'on doit se poser

Qui a la responsabilité de l'expression des émotions humaines ?

Pourquoi n'utilisons nous pas les mots adaptés à leur définition lorsqu'il s'agit de décrire les sentiments humains ?

Pourquoi réfléchir sur une "molécule du bonheur"? Est ce éthique?

Comment en est on arrivé à une négation des sentiments humains?

Quelle est la prochaine abomination mondiale qu'on ne va pas voir se dérouler sous nos yeux, faute d'abrutissement psychotropique?¹¹

¹¹Au moment où j'écris ces lignes (octobre 2020), il est question en ce moment d'une pandémie de peur, médiée par une certaine frange de la population mondiale, à propos d'une pandémie d'un sars (le sars-cov2). Il est probable que l'expérience de Milgram soit bel et bien en train d'être reproduite en ce moment même, et que l'impact délétère des psychotropes sur la santé mentale participe , pour une certaine part, à la soumission mondiale.....

Sérotonine et médicaments IRS ou « la pilule du bonheur ».....

20 années de pratique et d'observation autour des « dépression », « troubles anxieux », et parfois autres diagnostics pour lesquels les IRS sont prescrit.

Si je peux en juger par mes observations au cours de ces 20 années, je constate ceci :

-les patients répondant mal (comprendre : aux effets si indésirables qu'ils arrêtent d'eux même le traitement par IRS le plus vite possible) sont – de loin- bien plus nombreux que les « bons réponders ».
-et parmi celles/ceux qui persévèrent dans la prise, combien l'arrêt peut être pour le moins compliqué dans certains cas, voire impossible dans d'autres, prolongeant pendant des années leur traitement par IRS.....

Alors forcément, on doit se poser quelques questions.

En voici une sur laquelle j'ai tenté d'apporter des éléments de réflexion, m'appuyant sur des éléments de physiologie d'anatomie et de pharmacologie, et que j'ai corrélés à mon expérience :

-pourquoi ce que je n'hésite pas à nommer « syndrome de manque » avec ces nausées, frissons, à rester couché au lit, et l'accès de mélancolie survient il toujours à l'arrêt de l'EFFEXOR?

Faisant partie des IRS, il intervient sur le métabolisme de la sérotonine, celui de l'épinéphrine, et sur celui du GABA(Lazarevic, Mantas, Flais, & Svenningsson, 2019).

Faisons le point sur la sérotonine, sur les IRS, sur des éléments d'anatomie et physiologie cérébrale

-les IRS « mettent en chantier » les structures cérébrales de la peur, de l'anxiété et de la mémoire : amygdale cérébrale, et hippocampe(Marcinkiewicz et al., 2016). Notons à ce sujet le manque d'étude sur l'influence de la sérotonine sur le fonctionnement du corps calleux, ce qui est dommage lorsqu'on sait qu'il existe une asymétrie métabolique hémisphérique en IRMF dans les mélancolies.(Zotev et al., 2016). (Martinot, n.d.) et que les voies sérotoninergiques sont, anatomiquement de deux ordres : l'une descendante pour le contrôle de la douleur à partir des noyaux du raphé (Ossipov, Morimura, & Porreca, 2014), et l'autre ascendante, toujours à partir des noyaux du raphé vers les structures sus jacentes via, précisément le corps calleux. Il en existe une troisième à partir de la rétículo impliquée dans le sommeil, mais on en reparlera.(Ossipov et al., 2014)

-l'IRS va rendre inopérant le système freinateur neuronal GABA-ergique, induisant une libération catécholinergique hasardeuse, et donc, pouvant expliquer les accès maniaques chez certains sujets, et le passage à l'acte suicidaire chez d'autres(Lazarevic et al., 2019)

C'est LA raison principale pour laquelle on associe systématiquement une benzodiazépine en début de traitement par IRS (qui elle, va restaurer, temporairement, le système freinateur GABA-ergique). Et, ce, jusqu'à ce que le corps s'adapte à ce nouvel équilibre chimique. Adaptation transitoire et dont la durée est conditionnée par le métabolisme personnel, la pharmacodynamie du médicament, et le lavage de cerveau psychologique à son sujet induisant dépendance psychologique fondamentalement à la base de la consommation du médicament !

-si on considère les deux effets suivants: primo le trouble métabolique induit par les IRS sur les amygdales et hippocampe, et deuxio la levée du ralentissement neuronal GABA-ergique, et que l'on suit le « cablage » neuronal à partir de l'hippocampe, à votre avis où va l'influx nerveux descendant à partir de là ?(et d'une manière incontrôlable par les médicaments bien entendu) :

pour une part, il va suivre le fornix jusqu'à l'hypothalamus, induisant un dérèglement des fonctions instinctives et végétatives : la régulation thermique, la faim, la soif, l'instinct de survie et de procréation.

Et pour une autre part, par l'intermédiaire du « cablage » neuronal vers le nerf vague via le noyau solitaire, entraînant la foulditude des signes parasympathiques (ou « vagues ») : pâleur, irrégularité tensionnelle, tachy ou bradycardie, transpiration et/ou nausées. Ce dernier système étant en étroite relation permanente avec l'hippocampe, toutes ces modifications physiologiques pour le moins « pas très sympa » vont se répercuter directement sur les émotions et la mémoire, induisant une majoration du manque de confiance en soi, réduisant encore l'estime de soi, et majorant l'autoculpabilisation, réduisant de manière drastique la bonne humeur !

Rien d'étonnant donc, que lorsqu'on tente d'arrêter un IRS, l'équilibre biochimique qui avait été mis en place par le corps et la régularité des prises, s'en trouve chamboulé, et qu'un véritable syndrome de sevrage fasse son apparition. **Car il s'agit bien d'un syndrome de sevrage !** Cqfd.

A l'aune de cette étude et réflexion, n'est il pas évident que l'IRS se comporte, en fait tantôt comme un authentique dépresseur et tantôt comme un stupéfiant, dont la prescription de BZD permet de camoufler?!

Concluez.

Les Opiacés et dérivés

Cette partie fera l'objet d'un autre travail. Les données me manquent pour pouvoir présenter un travail décent. Les premiers résultats que j'obtiens sont très encourageants. J'attends d'avoir davantage de patients dans ce domaine pour rédiger davantage.

Hypothèses sur les mécanismes neurophysiologiques d'action de l'Auriculothérapie

Je ne reviendrai pas sur le **rapport Zarifian de 1995** qui date de 25 ans, et qui pourtant, non seulement n'a pas pris une seule ride, mais, par certains points défendus, est un ouvrage précurseur voire prophétique.

Mais je poursuivrai ce travail d'une manière que notre Confère saura apprécier: celle de l'étude clinique des patients: une psychopathologie qui prend en compte le sujet qui souffre en tant qu'individu unique. (et "pas comme une valeur moyenne au sein d'un groupe homogène de malades" pour citer Zarifian).

Je rajouterai : comme un ensemble "somatopsychopathologique". Cette clinique est salutairement dépouillée de la dichotomie "soma-psy", qui a conduit une partie du monde médical psychiatrique (et tragiquement leurs patients) vers une étude de symptômes cibles pour les traitements psychotropes.

En effet, ma pratique de l'Art Médical prenant en compte l'individu dans son ensemble somato-psycho-pathologique, va permettre -d'autant que l'étude des points de reflexologie auriculaire le nécessite- la réflexion axée:

1. sur toute la physiologie (et la biochimie) du corps, considéré comme support et moyen d'expression de la psychée,
2. mais aussi *-et surtout pour ce qui va nous concerner en Auriculothérapie-* de l'analyse des émotions du patient, dans leur interaction contextuelle avec des situations variées de la vie (sociale, professionnelle, familiale, etc...)
3. et des dysrégulations du système nerveux autonome résultant de la pharmacologie des médicaments psychotropes (toxicité de prise ou expression du sevrage), **et/ou** résultant des émotions elle mêmes (tel qu'on peut les appréhender par l'approche homéopathique).

Alors par où commencer, lorsqu'on s'abstient-volontairement-d'avoir recours à une nosologie dévoyée ?

Fondamentalement, je suis resté à ma vision basique de Psychose/Névrose et Hystérie/Epilepsie pour la partie psychiatrique voire neuro-psychiatrique. Elle est l'héritage de mes enseignants en Neuro-psychiatrie, et a l'avantage de ne pas négliger l'origine organique de troubles psychologiques (bien au contraire). Et elle fonctionne encore très bien près de 25 ans après.....

Pour la partie "dysrégulation du système nerveux autonome" en lien avec la iatrogénie chimique de la pharmacodépendance, je me suis basé sur mes vieux cours de physiologie et de pharmacologie, mis à jour et revisités par l'apport des dernières compréhension du SNA: le Vague Ancien et le "Vague Nouveau", **et** sur mon approche Homéopathique.

Pendant un temps, je me suis dit que l'approche traditionnelle Chinoise (MTC) pourrait être un soutien en ce qui concerne l'analyse des émotions : elle présente les 5 éléments et les 5 émotions de manière liées l'une à l'autre: au Bois, Feu, Terre, Metal, Eau, s'alignent la colère, la joie, la sympathie, la tristesse, la peur.

Mais la vision de la MTC n'a pas convenu pour l'étude des points en Auriculothérapie, et leur correspondance, tantôt avec les émotions mais aussi avec les processus de pensée (comme les ruminations), et encore moins avec les expressions de dysrégulation du système nerveux autonome,

entraînant la somatisation, parfois-hélas-mortelle pour le pire et souvent morbide pour le moins, si cette dernière est la conséquence de la iatrogénie chimique.

J'ai donc choisi l'analyse des émotions par couples dichotomiques: non seulement ce mode d'analyse permet de choisir les bons points à réguler sur chaque pavillon auriculaire avec aisance, mais il permet la réflexion et la compréhension du patient mieux que toute clinique du symptôme.

Voici ma "grille de lecture des émotions":

-Joie/tristesse

-Colère/sérénité

-Peur/ Courage

-Désespoir/ Espoir

-Sympathie/ Antipathie

Elle n'est pas compatible avec la vision limitée de la MTC aux 5 éléments, donc, de facto, aux 5 émotions (colère, joie, sympathie, tristesse, peur)¹².

Elle va permettre la réflexion.

Et pour le sujet qui nous concerne ici, la pharmacodépendance et mes hypothèses sur les mécanismes d'action de l'Auriculothérapie pour la soigner.

Car une fois que symétrie hémisphérique et régulation du SNA sont obtenus par auriculothérapie des 2 pavillons, qu'avons nous fait et que reste-t-il à faire ?

- Rétablir la symétrie hémisphérique me semble être actif sur la tristesse . (tristesse contextuelle, ou tristesse de ne pouvoir se passer d'un support chimique pour dormir, se relaxer, se doper,etc...) . Les points O' en sont les témoins sur le pavillon auriculaire. Une étude en IRM fonctionnelle dans les mélancolies semblent aller dans le sens de cette théorie(Zotev et al., 2016), et l'expérience par la pratique de la détection des points de chute de résistivité au niveau des pavillons auriculaires semble le démontrer.
- Le syndrome de manque étant, en partie, liée à une dysrégulation du SNA avec un tonus sympathique en excès, la régulation des points auriculaires de la conque a probablement une action d'équilibrage parasympathique. Les points O de chaque côté sont concernés.Mais le syndrome de manque est également fait d'une somatisation de la peur (blocage diaphragmatique, thoracique, dysrégulation du SNA,...). C'est donc par sa résolution, dans le corps, par l'intermédiaire des pavillons auriculaires, que l'on peut ainsi laisser la place au courage (vs peur). Plusieurs points seront concernés, en plus du point O. Points shen men, PMS, et sans aucun doute le point d'amygdale cérébrale. On devrait d'ailleurs parler des peurs; au pluriel .D'origines diverses (initiales et successives, issus du vécu somatique de dysrégulation du SNA) et noyées à l'intérieur d'un passé compliqué, il est souvent vain de croire qu'on puisse accéder à ces dernières dans leur totalité.
- Reste à chercher à comprendre les mécanismes de pensées engendrées par la peur, la tristesse, ou le désespoir¹³ afin d'en trouver les points correspondants. C'est là que ma grille de lecture des émotions intervient dans le choix des prochains points de pavillon auriculaire à explorer et à réguler.
- Ainsi: Par exemple, une tristesse peut être la cause d'une déception, entraînant la négativisation de l'attachement initial par des ruminations: persévérance de l'instinct de survie du noyau caudé trop riche en cuivre (souvenez vous des observations). Rompre cette

12 Vous noterez au passage que les 5 éléments, en eux mêmes, sont incomplets. J'espère pouvoir en faire l'objet d'une analyse sur un prochain ouvrage.

13 Pour le désespoir, il est bien évident que c'est là le rôle de la société (au sens large: micro société amicale, familiale, professionnelle ou société sociétale et sociale) autant que celle du thérapeute de promettre un lendemain "chantant" plutôt qu'une perpétuelle "crise".....et d'en fournir au moins le terreau.....

rumination par l'auriculothérapie est possible: "la sérénité d'accepter les choses qu'on ne peut pas changer". Et salutaire. Elle permet alors de ré-investir la persévérance dans une autre direction: "le courage de changer les choses qu'on peut". Ce sera alors le point de Fossion qui sera concerné.

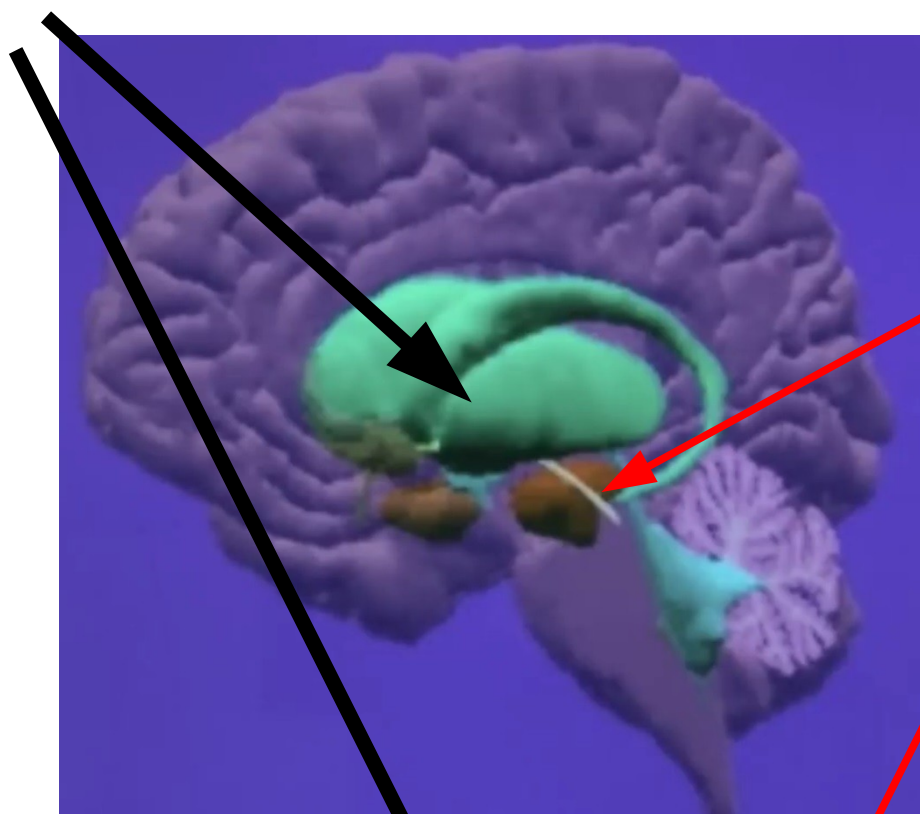
➤ ...et ainsi de suite!

Par cette analyse fine des processus de pensées en lien avec les émotions qui en sont à l'origine, on peut littéralement "dérouler la bobine des circuits cérébraux pathologiques", en se laissant guider et compléter par l'analyse des pavillons auriculaires au détecteur électrique, et venir à bout de la pharmacodépendance.

A noter que je travaille essentiellement en phase 1 de Nogier.(Raphaël Nogier, 2006)

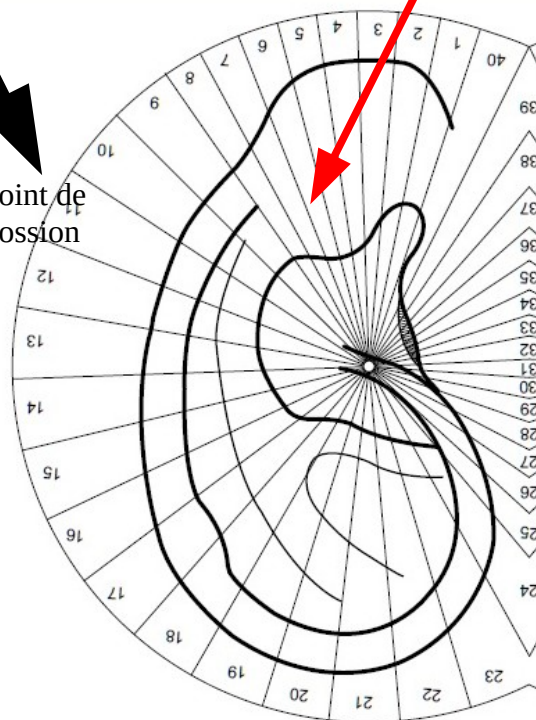
Putamen et Pallidum : le noyau accumbens à la base du putamen serait un des maillons du circuit des impulsions en lien avec le comportement « intéressé », mais aussi le principal organe responsable de la persévération .

Amygdales temporales : maillon important du circuit de la peur

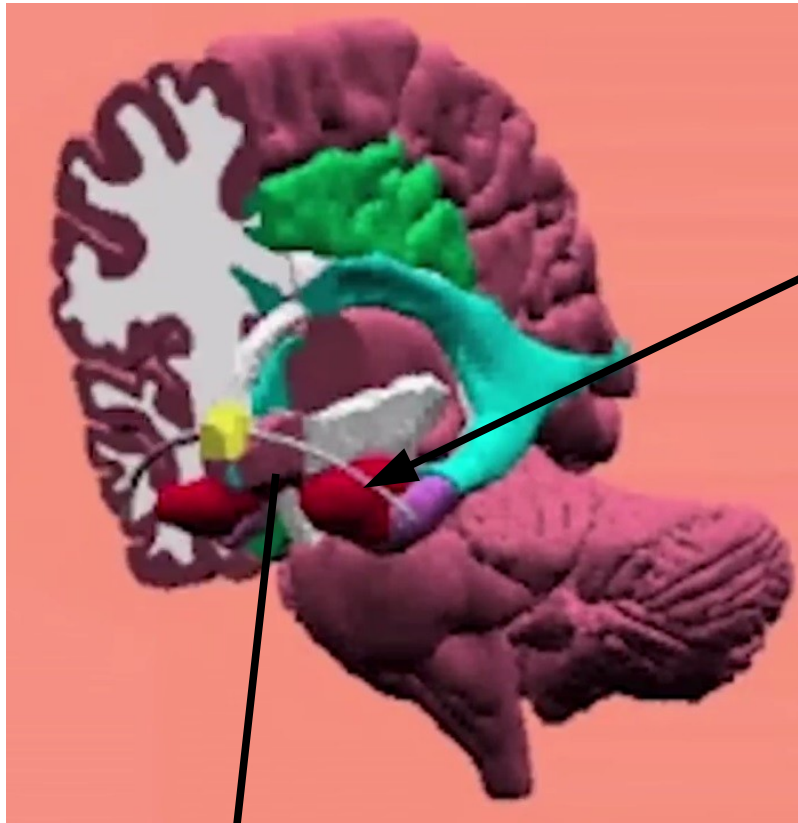


Reproduit avec l'aimable autorisation du Dr Suzanne Stensaas, PhD, Department of Neurobiology and anatomy. Spencer S. Eccles Health Sciences Library. University of Utah, salt Lake City, Utah, USA, à partir des travaux réalisés par John Sundsten

Point de Fossion

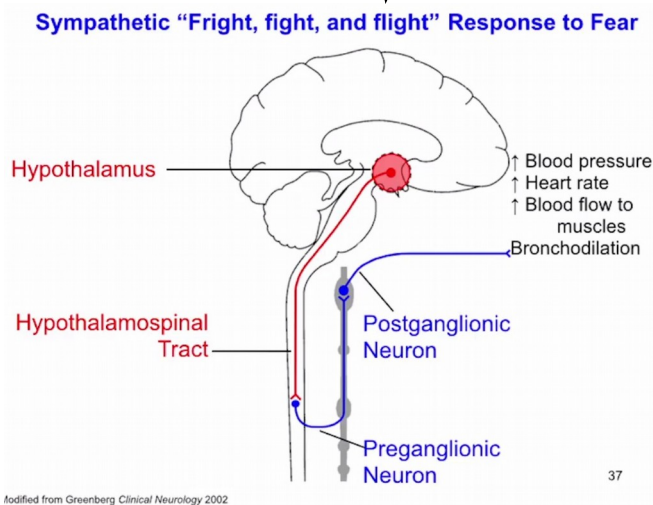


Deux leviers motivationnels : Peur et Intérêt : leurs rapports anatomophysiologiques et leur zone de réflexologie sur le pavillon auriculaire. (Pour le levier instinctif, troisième levier motivationnel cf plus loin)

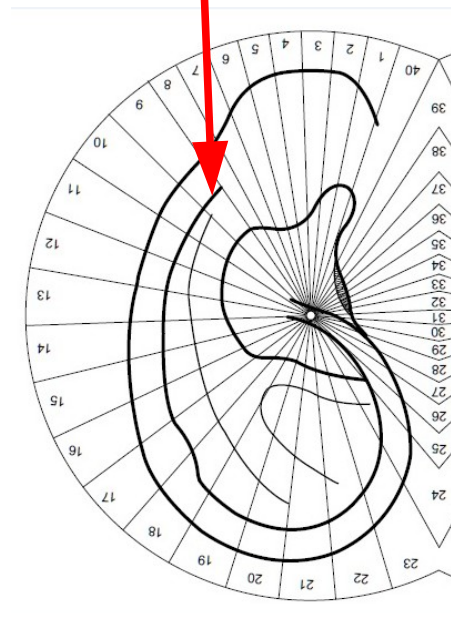


Cablage neuronal liant l'amygdale (alerte, peur panique!) au septum et à l'hypothalamus (mettant en action le système sympathique F&F) par l'intermédiaire du fornix. Notez au passage la connexion avec l'hippocampe (engrammage mnésique ET émotif) et, par l'intermédiaire du noyau caudé, avec le putamen (noyau accumbens et impulsion) et pallidum (mouvement involontaire)

Reproduit avec l'aimable autorisation du Dr Suzanne Stensaas, PhD, Department of Neurobiology and anatomy. Spencer S. Eccles Health Sciences Library. University of Utah, salt Lake City, Utah, USA, à partir des travaux réalisés par John Sundsten



Tonus SNA sympathique : point en baisse d'impédance. Pas forcément à réguler



Sur le pavillon auriculaire, le point de reflexologie de l'hypothalamus ne présente pas un intérêt majeur à être

régulé dans ce cas de figure. Il est, le plus souvent sinon toujours, en baisse d'impédance. Et le tonus sympathique est majeur (cliniquement et par détection auriculaire). Par conséquent, c'est le tonus parasympathique qui mérite d'être régulé à la hausse pour équilibrer le SNA.

Je tiens à remercier le Dr Fossion pour m'avoir aidé, sans le savoir, dans la gestion des troubles compulsifs, particulièrement présent dans la pharmacodépendance, et j'ai tout naturellement baptisé le point correspondant "point de Fossion"(sauramps medical, 2007).

Observations

- les patients aux hémochromatoses sont-ils plus dépendants que les autres ? Certains de mes patients souffrant de cette pathologie semblent le confirmer (Mr Lem., Mr Lam, Mme Mag.)

Or le fer se concentre précisément dans le putamen ou pallidum (noyau accumbens) En nutrithérapie, l'acide phytique pourrait, par la chélation du Fer qu'il entraîne, être une approche intéressante: chez ces patients la prescription d'**inositol (vitamine B7)** devrait être pensée.

Je manque de recul pour pouvoir l'apprécier.

Une Glauconie pourrait-elle être pertinente (silicate de Fer ferrique et ferreux)?

- Par ailleurs le cuivre est désormais bien connu pour majorer la dépendance: ses taux élevés chez mes patients le confirment.

Or le cuivre se concentre principalement dans le noyau caudé. (CUPRUM METALLICUM fonctionne très bien chez ces patients, pour lesquels, il diminue spontanément le besoin de se droguer).

En auriculothérapie, c'est le point de Fossion qui semble donner le plus de bons résultats. IL est probablement la zone réflexogène correspondant au noyau caudé et/ou putamen/pallidum. Cette dernière étant la source de l'excès de persévérance mentale.

- Suites aux travaux du Pr Pfeiffer et Gonthier, les sujets présentant des taux élevés d'histamine sont les plus à même d'user de drogues et d'en être dramatiquement dépendants: les phobies, compulsions et obsessions sont élevés chez eux, ainsi que le risque suicidaire.

Les thérapies nutritionnelles consistent en zincothérapie, manganèse, et calcium. Les anti-histaminiques, s'ils ne sont pas satisfaisants sur le long terme, sont souvent un bon traitement d'appoint. Bien entendu la réduction voire le jeûne de viande ou de poisson devrait être le corrolaire afin de réduire l'apport de précurseur (histidine)

(or les premiers neuroleptiques étaient des anti-histaminiques).

Notons au passage la connaissance de nos Maîtres par rapport à la codéine: histamino libératrice, elle réduit les migraines en lien avec l'hyperhistaminémie (et, bien entendu, aussi les douleurs ou la sensibilité accrue à la douleur de cette catégorie de patients)

Pour compléter ou poursuivre leur réflexion, j'ai constaté que si la libération d'histamine engendre l'allergie cutanée, cette dernière semble réduire leur besoin de drogues.

Le retour de l'allergie cutanée est souvent un bon signe de réduction (voire de disparition-temporaire au moins) de la dépendance. Ce point est très factuel. C'est un constat.

Et à la réflexion, il rejoint complètement le principe homéopathique de la Psore. Une Psore rentrée est souvent le prélude de troubles internes. Le principe de Hering (ou loi de Guérison) prend ici toute son illustration: les troubles guérissent de l'intérieur vers l'extérieur.

En auriculothérapie, dans cette catégorie de patients, pourquoi ne pas réguler le point d'allergie ?

Methodologie

L'Auriculothérapie

La pratique dans ce domaine est personnelle.

J'utilise depuis bientôt une dizaine d'années le modulo 100 pour faire des traitements électriques fréquentiels de chaque point, et compléter par soit une pose d'ASP, soit, le plus souvent une pose de Grain.

La détection est le problème majeur de la pharmacodépendance.

Ma pratique apparaîtra peu sur les diagrammes de Romolli qui suivent. Aussi vais je en faire un exposé succinct et clair.

Les psychotropes ont souvent comme conséquence d' « éteindre » les pavillons auriculaires : la détection des points d'acupuncture sur les pavillons à l'agiscop ou au modulo est plus que délicate. Elle est presque impossible.

Ces cas de figures nécessitent alors une exploration différente.

J'utilise la détection au RAC-VAS. Cette notion de « Reflexe Auriculo-Cardiaque » ou de « Vasculo-Auricular Signal » est issue de mes études au GLEM (Groupement Lyonnais d'Etudes Médicales), auprès de nos Maîtres Raphaël Nogier et des autres enseignants.

On pourrait définir le RAC comme la réaction du pouls à un stimulus. Ce dernier peut être varié : lumière, émotion (le « mal d'amour » d'Avicenne que nous conte si bien Raphaël Nogier), toucher (léger ou profond),...

J'utilise la pointe noire d'un criterium que j'approche du pavillon auriculaire, tout en prenant le pouls. Un screening du pavillon avec cette pointe noire approchée de la peau d'environ 2 ou 3 mm, selon un ordre donné va mettre en évidence un (rarement deux ou trois) point(s), ou une zone du pavillon auriculaire, contemporaine d'une modification du pouls : c'est un RAC (ou VAS) à l'approche d'un stimulus de la peau du pavillon auriculaire (ici la pointe noire).

J'utilise alors le détecteur électrique. Et le point localisé dans cette zone va être trouvé en baisse d'impédance. À partir de la régulation fréquentielle de ce point, tous les autres vont être détectés sans peine.

Cette aisance se retrouvera au cours des séances suivantes, à condition qu'elles soient assez rapprochées. Si elles sont trop éloignées, et/ou s'il y a reprise de psychotropes, les pavillons vont à nouveau devenir plus ou moins muets à la détection électrique.

Je complète la régulation fréquentielle par la pose de graines sur certains points, avec consignes de masser au moins 3 fois par jour pendant au moins une minute certains « point-clés ».

La mesure des résultats

J'ai choisi plusieurs mesures objectives:

-l'arrêt du psychotrope

-l'absence de symptômes de sevrage à son arrêt, ou la présence de symptômes suffisamment tolérables pour ne pas solliciter à nouveau la prise du psychotrope.

-le retour des rythmes biologiques: veille/sommeil, appétit/satiété, transit intestinal, température corporelle, cycle menstruel pour les femmes, et signes de régulation du SNA¹⁴ (baillements, étirements, délasserment)

-Comme les psychotropes sont souvent prescrits ou auto-prescrits pour des troubles du sommeil, et que, les maladies et troubles psychiques s'affranchissant rarement de troubles du sommeil, j'ai choisi d'évaluer la qualité du sommeil:

- ➔ notamment le retour d'un réveil doux, agréable, perceptible par le patient,
- ➔ la quantité et qualité des rêves (la capacité à s'en souvenir spontanément, et celle de ne plus avoir de cauchemars).
- ➔ La quantité du sommeil est une donnée plus délicate à évaluer, puisque le besoin de chacun est très variable de manière constitutionnelle, et contextuelle. Pour ce dernier paramètre, j'ai donc choisi de juger comme adaptée, une quantité de sommeil qui comble le patient sans qu'il ait à se poser même la question d'avoir recours à un produit (pour réduire ou majorer cette quantité).

-enfin, l'absence des signes neuro-psychiques pour lesquels le psychotrope avait été utilisé: angoisses, obsessions, compulsions, phobies, paranoïa, hallucinations.

NB: il serait très intéressant d'associer à cette grille d'évaluation les conséquences sociales, professionnelles ou familiales du retour à une vie sans psychotropes.

J'ai classé les résultats en trois niveaux:

-Très bon: lorsque l'arrêt du(des) psychotrope(s) est totale, que le syndrome de sevrage est absent ou compatible avec l'abstinence du psychotrope, les rythmes biologiques sont de retour, le sommeil répond aux critères pré-cités, l'absence de retour des signes neuro-psychiques à l'origine de la prescription du psychotrope. J'ai choisi arbitrairement comme "très bon" le maintien de cet état de santé à trois mois.¹⁵

-bon: lorsque l'arrêt du(des) psychotrope(s) est partielle (en dose ou en prise ou les deux), que le syndrome de sevrage au cours de la réduction est bien supporté, un retour partiel des rythmes biologiques, un sommeil suffisant et assez plaisant pour maintenir une activité sociale, professionnelle ou de loisir, l'absence de retour des signes neuro-psychiques à l'origine de la prescription du psychotrope.

-mauvais: lorsque l'arrêt du(des) psychotrope(s) n'a pas été possible du tout, que le syndrome de sevrage n'est pas surmonté, que les rythmes biologiques ne sont pas de retour, que le sommeil est encore trouble, que les signes neuro-psychiques à l'origine de la prescription sont de retour.

Se sont posés aussi d'autres questions, compte tenu du fait que la pharmacodépendance est rarement mono-médicamenteuse, mais bien plus souvent poly-médicamenteuse, voire -hélas- souvent conjointe à la prise de toxiques légaux (alcool, tabac) ou illégaux (amphétamines, cocaïne, héroïne, cannabis,..):

-arrêter (ou réduire) tous les psychotropes d'un coup ou un seul à la fois ? Ici la réponse est plutôt évidente car faite de bon sens: un médicament après l'autre. Ceci afin d'éviter un syndrome de manque qui pourrait être majeur. Et bien entendu, en cas de psychose avérée, on ne touchera pas aux psychotropes sans un suivi psychiatrique sérieux et engagé (ce qui ne se trouve pas à tous les coins de rue...). Donc, dans ce cas de figure on n'y touche pas. S'il peut arriver que certains patients, au décours de soins holistiques, réduisent voire arrêtent leur neuroleptiques sans retour de signes psychotiques de manière durable, c'est qu'il faut se poser des questions sur le diagnostic initial de psychose qui avait été à l'origine de la prescription. Ces 10 dernières années, pour le moins, posent un problème éthique sérieux, car nous assistons à une "neuroleptisation" de tableaux cliniques psychiques qui n'ont rien à voir avec des psychoses. Ce sont précisément ces patients chez qui la prise en charge par auriculothérapie révèle, par la réduction voire l'arrêt du neuroleptique sans "récidive" psychotique de manière durable, que : soit le diagnostic de psychose initial avait été porté à l'exès, soit que la prescription du neuroleptique l'avait été pour un autre diagnostic. Ce qui laisse perplexe et rejoint les quelques mots de l'introduction de ce mémoire.

-si on en arrête un seul à la fois, quel psychotrope arrêter (ou réduire) en premier ? Le plus souvent ce sera l'hypnotique du soir qui sera le premier à ne plus être nécessaire. Spontanément ressenti par le patient suite aux soins en auriculothérapie (+ou – compléments nutritionnels et/ou homéopathique). Puis, doucement, ce seront les BZD de la journée qui pourront être élagués. Prudence et suivi régulier pour les réductions ou arrêts -par le patient lui-même- des neuroleptiques. Même chose pour les anti-épileptiques. Dans la mesure où, pour ces derniers, certaines douleurs neuropathiques avaient été la cause de la prescription, la prise en charge de l'origine de la douleur,

15 Pour des raisons évidentes pour moi: le contexte sociétal actuel et la pression socio-familiale, voire médiatique, à consommer le psychotrope sont devenus par trop banals, et constituent une propagande pour le psychotrope qui est abusive et contre laquelle l'Art Médical est impuissant.

et/ou de la douleur elle même par auriculothérapie, rendent le sevrage aussi spontané que sans effets secondaires. La même expérience se retrouve avec les morphiniques.

L'expérience dans ce domaine met en évidence une relative ignorance des patients sur leur pharmacodépendance. Il est rare qu'un patient vienne d'emblée consulter pour un arrêt ou une réduction de traitement psychotrope.

Le plus souvent, c'est dans les suites d'une prise en charge réussie à propos d'un toxique plus reconnu comme l'alcool, le tabac, le cannabis, les amphétamines, la cocaïne, ou l'heroïne, voire d'un traitement substitutif (le plus souvent aux opiacés) dont le patient est devenu dépendant, que la dépendance pharmacologique peut être abordée, expliquée, mise en lumière par le patient à travers l'éclairage du médecin, pour qu'ensuite une prise en charge puisse être débutée.

Certains centres d'Addictologie, toutefois, sont reconnus par les patients qui viennent consulter spontanément pour une surconsommation morbide d'un (ou plusieurs) médicaments.

Cas cliniques

Mr H. R

Age, Profil de Latéralité 59 ans, gaucher, groupe sanguin O+

ATCDS

Médicaux:hépatite C traitée

algie faciale

dépendance au néocodion pendant 16 ans traité par substitution avec de la buprénorphine (subutex®)

chirurgicaux: chirurgie du pied à deux reprises (fracture cuboïde gauche)

Allergie: rhume des foins de début d'été

Traitement en cours: Abilify 15mg par jour

IMIJECT et oxygène si besoin

VERAPAMIL 240 deux cp le matin

TOCO 500 un le matin.

Pharmacodépendance en cours: **Abilify 15 mg par jour**, après sevrage à l'alcool.

Prise en charge auriculothérapeutique ET holistique:

1ère consultation en Auriculothérapie.

Semaine 1: le 21 mai 2019

Semaine 2: le 27 mai 2019

Semaine 3: le 20 juin 2019

Semaine 4= M1: le 15 juillet 2019

M2: le 03 septembre 2019

M3: le 26 novembre 2019

M6: pas de séance d'auriculothérapie

UN An: le 24 septembre 2020. réduction de l'**ABILIFY à 5 mg** deux fois par semaine. Sans manque

Résultats: **Bon à très bon.**

Mr I. V

Age, Profil de Latéralité

ATCDS

Médicaux

chirurgicaux

Allergie

Traitement en cours.

Pharmacodépendance en cours: **Seresta et Norset**

Prise en charge auriculothérapique ET holistique:

Maxyflore.

1ère consultation en Auriculothérapie: 14 février 2019

Semaine 1: 11 mars 2019: stoppe les deux médicaments d'emblée. Le sommeil est caractérisé par des troubles de l'endormissement et des réveils précoces, et il vient de sortir de prison dans laquelle ces deux médicaments lui avaient été prescrit. Incarcération suite à alcool aux volants et agression.

Semaine 2: 18 mars 2019

Semaine 3: 07 mai 2019. Le sommeil est totalement restauré. Le maxyflore est poursuivit et les deux médicaments n'ont pas été repris

Semaine 4= M1

M2

M3

M6

UN An: revu en septembre 2020: Aucune reprise de l'alcool ni des médicaments. Souhaite reprendre le suivi en auriculothérapie car le sommeil commence à être à nouveau perturbé et "l'auriculothérapie m'avait fait du bien" confie-t-il.

Résultats: Très bon.

Mr T. F

Age, Profil de Latéralité : Gaucher Contrarié

ATCDS

Médicaux Asthme saisonnier

chirurgicaux

Allergie probable, à l'origine de l'asthme.

Traitement en cours: Ventoline et Flixotide pour l'asthme.

Le traitement psychotrope est impressionnant. Pris de manière soit compulsive, au gré des prescriptions multiples auprès de différents médecins, suite à des passages en hôpital, ou encore de retour de cure pour l'alcool, et enfin pris auprès de la pharmacie personnelle de sa maman.

Pharmacodépendance en cours: multiple, essentiellement aux psychotropes:

Buspirone (trois par jour), **Depakote 250** (trois par jour), **Zopiclone** (un le soir), **Seresta 50** (trois par jour), **Xeroquel 300** (un au coucher), **Sertraline 50** (un le matin), **Lormetazepam** (deux par jour), **Mianserine** (un le soir), **Olanzapine 10** (un le soir), **Diazepam** (un matin et deux le soir), **Lepticur** à la demande.

Il est important de noter le contexte de ses prises, qui ne sont pas simultanées, sauf exception (une exception qui avait conduit ce patient dans le **coma** et aux urgences). Contexte conjugal difficile chez un patient qui a été dealer, incarcéré, avec des titres de séjour sans cesse renouvelés,....

Prise en charge auriculothérapeutique ET holistique:

nous sommes typiquement dans une situation où le lien entre le patient et le malade est, en soi, une partie importante du soin. Que nous montrent les tentatives de chimiothérapies itératives par psychotropes sur ce patient ? Qu'une solution médicale chimique est un raccourci fumeux, voire mortel. Que pouvons nous faire de mieux ? Les prises en charge psychologiques sont rejetées ou abordées sans être investies par le patient. La prise en charge sociale est un écueil fait de délais administratifs qui freinent l'accès à un emploi stable permettant un début de sociabilisation par le logement.

Reste le médecin ou l'"homme-médecine", que le patient peut investir à travers une relation faite de compromis entre le médicament, le médecin et le soin auriculothérapeutique ou holistique. Mais ce dernier point faisant appel souvent à des médications non remboursées chez un patient parfois sans domicile fixe et sans revenu, ne reste plus que le médecin et le soin aussi efficace que peu coûteux pour son patient: l'auriculothérapie peut être envisagée, à condition d'être pratiquée dans le cadre d'un établissement dédié à une mission de service publique.

1ère consultation en Auriculothérapie: 27 mai 2019, puis début juin, stop seresta

Semaine 1: 23 juillet 2020: après séance sieste d'une heure: nuit de minuit à 7h sans interruption. Le lendemain pas de sieste: dort de 23 h à 7h. Le surlendemain, sport vers 7h du matin, dort de 23h à 6h sans interruption. Deux jours après, retour d l'insomnie et s'endort finalement à 7h du matin pour se réveiller à 11h.

Semaine 2: 30 juillet 2020 A tout arrêté de manière successive. Rêve dans lequel le patient donne à boire de l'alcool aux autres sans en boire lui même (avait fait un sevrage à l'alcool dans les mois qui avaient précédé la prise en charge de la pharmacodépendance, comme c'est souvent le cas). En sortant de la séance, sieste d'une heure: dort de 23h à 7h du matin. Idem le lendemain. Les deux jours qui suivent, on sommeil se décale à nouveau et il s'endort entre 2h et 4h du matin pour se

réveiller vers 6h. Il fait du sport vers 6h30 ou 7h. Dans les jours qui suivent, il dort spontanément 5 heures d'affilée la nuit, et 2heures dans la journée (souvent le matin de 7h à 9h).

Semaine 3: 06 aout 2020: problème actuel : l'ennui. Beaucoup de lectures. Comble son temps diurne de libre comme il peut car toujours pas de logement personnel (loge chez sa mère) et pas d'accès à l'emploi.

Semaine 4= M1 Dort bien. Décide d'espacer son suivi.

M2

M3

M6

UN An

Resultats: Bon

Mme P.S

Age, Profil de Latéralité

ATCDS

Médicaux: surpoids 82 kg pour 1m60

RGO

chirurgicaux

Allergie

Traitement en cours: FLUOXETINE un par jour depuis 5 ans , probablement cause de la prise de poids.

Pharmacodépendance en cours. Fluoxétine impossible à stopper. Les tentatives d'arrêt se soldent par un échec. La patiente se plaint toutefois surtout du poids qu'elle a pris suite à ce médicament. N'envisage aucun régime. S'engage sur un suivi d'un an en auriculothérapie de manière exclusive, pour résoudre le problème de poids et de pharmacodépendance. Mais ne peut se permettre de venir une fois par semaine. On tente donc de pratiquer **une séance par mois sur une année**.

Prise en charge auriculothérapeutique ET holistique:

1ère consultation en Auriculothérapie à M0

M0: premier mars 2017

M1: 22 mars 2017

M2: 13 avril 2017: arrive à réduire la fluoxétine à **deux jours par semaine**. On utilise les points de drainage rénal sur les oreilles de manière bilatérale.

M3: 10 mai 2017: toujours à deux fluoxétine par semaine

M4: 21 juin 2017: a perdu UN kilogramme. On utilise à nouveau les points d'élimination rénale de manière unilatérale (gauche)

M5: 19 juillet 2017: Fluoxétine à **un cp par semaine**. Difficulté à détecter les points O'

M6: 21 août 2017: Fluoxétine à un par semaine. Toujours difficile de détecter les points O'. Cervicalgies en ce moment. Points moteurs à droite.

M7: 21 septembre 2017: Fluoxétine un par semaine. Amélioration des cervicalgies. Problème de RGO en ce moment. On pique à l'ASP l'estomac à gauche et le point d'oesophage moteur à droite.

M8: 29 novembre 2017: Excellent résultat sur le RGO. **A stoppé totalement la Fluoxétine.**

M9: pas de séance (décembre, fêtes de fin d'année)

M10: 18 janvier 2018: oreille droite sans aucune détection électrique. N'a pas eu besoin toutefois de reprendre la Fluoxétine.

M11: pas de séance (contingences professionnelles et mon agenda perso ne concordent pas)

M12: 07 mars 2018: n'a pas eu besoin de reprendre la Fluoxétine . Les deux pavillons sont muets en début d'examen et il faudra réguler les points O pour pouvoir pratiquer la séance.

Résultats: Très bon

Mme D. A

Age, Profil de Latéralité: quarantaine, droitrière

ATCDS

Médicaux: salpingite

chirurgicaux: appendicite, césarienne

Allergie zéro

Traitement en cours: SERESTA 50 un matin et soir

Pharmacodépendance en cours: dépendance au **Seresta** dans les suites d'une dépendance à l'alcool.

Elle prend encore le baclofène le soir à raison d'un cp. Mais le Seresta 50 est considéré comme nécessaire pour permettre le sommeil, en plus, et les tentatives répétées pour l'arrêter se soldent par un échec.

Prise en charge auriculothérapeutique ET holistique:

Maxyflore complète l'action de l'auriculothérapie.

1ère consultation en Auriculothérapie: en 2018 pour une dépendance à l'alcool.

Semaine 1 le 17/08/2020, mais revue une première fois le 21 juillet 2020: elle tentait alors de supprimer d'elle même le SERESTA mais en vain, le sommeil est perturbé, irrégulier, et la prise de Seresta est "obligatoire" pour pouvoir s'endormir, avec le cp de Baclofène du soir qu'elle prenait déjà suite au sevrage alcoolique.

Semaine 2 le 27/08/2020: deuxième séance d'auriculothérapie, elle a réussi à arrêter sans peine le Seresta depuis la première séance. Elle se rappelle de ses rêves et sort progressivement du sommeil alors qu'elle en sortait en sursaut sous Seresta.

Semaine 3 le 14/09/2020 Sommeil de qualité. Abstinence sereine de Seresta.

Semaine 4= M1

M2

M3

M6

UN An

Résultats: Très bon.

Mme G. H

Age, Profil de Latéralité

ATCDS

Médicaux

chirurgicaux

Allergie

Traitement en cours.

Pharmacodépendance en cours: **Subutex, Seresta et codeïne**. En association avec Alcool et tabac.

Prise en charge auriculothérapique ET holistique:

Ce cas est intéressant, car l'abus de BZD (Seresta) avec l'alcoolisation, a engendré 3 crises d'épilepsie (une diurne, et deux nocturnes). Scanner sans lésion. EEG en attente (au 16 septembre 2020). Ces 3 crises se déroulent en moins d'un mois et demi avant la prise en charge par auriculothérapie.

1ère consultation en Auriculothérapie.

Semaine 1: 11/08/2020

Semaine 2: Réduction des doses de Subutex (buprénorphine) de 8mg à moins de 6mg sans effort. Pas de retour des crises d'épilepsie.

Semaine 3

Semaine 4= M1. Pas de retour des crises d'épilepsie.

M2

M3: revu en novembre, une nouvelle séance d'auriculothérapie et s'engage sur une série de 4 à raison d'une séance hebdomadaire. Pas de récurrence des crises d'épilepsie. A réduit les prises de Seresta. A encore réduit à 4mg sans effort le Subutex (buprénorphine)

M6

UN An

Résultats: Bon

Résultats

Ils se déclinent le plus souvent de "bon" à "très bon".

Un des cas cliniques dans ce travail de mémoire est encore en cours (Mme G). Il s'agit d'un cas pour lequel le suivi n'est pas régulier et rapproché du fait de contingences logistiques professionnelles et personnelles de la part de la patiente elle-même. En novembre, le suivi semble bien reprendre.

Il apparaît clair que la régularité ET le rapprochement des séances (au moins une fois par semaine le premier mois) représentent les conditions idéales pour permettre le sevrage rapide et total du médicament responsable. J'en reparlerai plus loin dans le chapitre "interprétation".

Par manque de temps et de place, je me suis limité à 5 cas cliniques représentatifs de l'échantillon de mes consultations.

-la mono-pharmacodépendance

-la poly-pharmacodépendance

-la toxicomanie multiple: alcool , tabac, et médicaments.

Il est bien évident que la pharmacodépendance aux médicaments antalgiques n'est pas assez représentée dans l'échantillon de mes consultations, et encore moins dans ce mémoire. A elle seule, elle nécessite, à mon avis, un travail à part.

J'ai pu noter aussi que les cas comme Mr I.V contrastent avec ceux de Mme P.S ou Mr H. R. Ainsi, dans le cas de Mr I. V, nous sommes intervenu assez précocément et le syndrome de sevrage a été pour ainsi dire presque nul. Il en est allé différemment pour Mme P.S ou Mme D.A, qui avaient déjà un passé plus long de prise médicamenteuse ayant entraîné prise de poids et pharmacodépendance. C'est aussi le cas de Mr H.R qui prenait Abilify depuis moult années, et qui lutte encore à ce jour pour réduire son poids (motif de la prise en charge actuelle, et conséquence iatrogène du neuroleptique).

Interprétation

La théorie de la personnalité addictive m'apparaît clairement à réfuter .

Les résultats le montre clairement. Nous avons là des molécules qui génèrent clairement des états de manque à leur arrêt (sauf rares exceptions sans doute, comme souvent, mais je n'en ai jamais trouvées.....).

Pour autant, et selon les molécules, le contexte de prescription initiale, s'il n'est pas reconnu, peut rendre confus le médecin et/ou le malade. En effet, trois grands types de molécules apparaissent comme addictogènes: les psychotropes, les antalgiques morphiniques, et les antalgiques des douleurs neuropathiques.

Or, le contexte de prescription , dans chaque cas, est ce que j'appellerai un "potentialisateur" de la dépendance. En effet, quels sont les contextes de prescription les plus fréquents?

➤ Pour les premiers, hormis les psychoses avérées et non somatiques (et je répète qu'ici, il existe un grand travail de médecine de terrain qui manque le plus souvent de nos jours afin d'éliminer formellement une cause somatique curable), il s'agit de périodes de perte des facultés d'adaptation à des environnements qui au mieux entraînent un changement de vie partiel ou global, et au pire deviennent toxiques.

➤ Pour les seconds, c'est un traumatisme physique dont l'antalgie de niveau 1 est insuffisante , mais aussi pour lequel la prise en charge psycho environnementale n'est pas forcément adaptée (notion de stress traumatique).

➤ Pour les derniers, il semble que l'accès rapide à la prescription délaye une prise en charge souvent complexe qui pourrait bénéficier de traitements efficaces (invasifs ou non invasifs) par des services de prise en charge de la douleur par trop surchargés .

Il est bien évident que ces contextes vont pérenniser des prescriptions qui, à l'origine, ne devraient pas dépasser 4 semaines pour la certains (BZD), et n'être que transitoires pour d'autres (comme les médicaments antalgiques. Mais ce dernier point mériterait un travail à part comme je l'ai écrit plus haut).

Le traitement par Auriculothérapie se doit d'être régulier, rapproché, et le suivi médical prolongé.

La régularité est aussi importante que le rapprochement des séances. Toutefois pour ce dernier paramètre, j'ai trouvé comme moyenne de consultation hebdomadaire pour le premier mois au moins l'idéal de ce qu'on peut proposer à la moyenne des patients.

Comme pour toute "loi normale", il apparaît que certains auront besoin de moins que 4 séances le premier mois, et d'autres, davantage. Il y a en effet plusieurs autres facteurs qui pourront rendre le sevrage plus rapide et confortable:

✓ l'absence , au final, de psychose avérée (pour les neuroleptiques)

✓ l'absence, au final, de dépression (pour les anti dépresseurs)

✓ l'état somatique de départ: les carences, notamment, en vitamines, minéraux et oligo éléments, associées ou non à un foie stéatosique, un intestin "perméable", une pathologie endocrinienne sous jacente diagnostiquée ou non, une co-morbidité en cours (douleur chronique non résolue, cancer, leucémie, maladie de système, etc....). Plus le patient est pris en charge dans sa globalité de manière efficace, et meilleurs seront les résultats.

- ✓ Le contexte social, familial, professionnel, sociétal,.....et la rapidité de résolution des problèmes qui y sont liés.
- ✓ la qualité de la prise en charge psychologique.
- ✓ il est bien évident que la résolution des troubles du sommeil par l'auriculothérapie rendra inutile la recherche de somnifère par le patient.
- ✓

Autre point à envisager dans la prise en charge: la durée initiale de la prise des médicaments. A partir de ce que j'ai écrit dans le chapitre "résultats", je me demande si les syndrômes de sevrages ne sont pas aussi sévères et prolongées que les prises ont été prolongées pendant les années qui ont précédées ? Comme vous le constaterez, ce n'est pas le cas de Mr T.F, qui était dans une polypharmacodépendance le plus souvent jonglant entre 3 molécules différentes pendant un temps, puis 3 autres différentes par la suite, et ainsi de suite. Dans son cas, la prise en charge en auriculothérapie a été rapide et efficace et le syndrôme de sevrage s'exprimant essentiellement par un trouble du sommeil marqué, c'est la régulation de ce dernier qui semble avoir permis une réussite rapide.

Enfin, le suivi médical devra se prolonger dans le temps. La présence médicale apparaît vitale pour éviter les rechutes. Le lien avec le médecin est une donnée difficile à évaluer, mais dont les effets positifs sont au final assez faciles à mesurer lorsque "primum non nocere", le premier commandement d'Hippocrate, est respecté:

Au delà d'un équilibre homeostatique prompt à l'adaptation, un "épanouissement de joie, de bonheur, et de fraternité" comme l'écrivait Simone Weil, m'apparaissent des critères simples à percevoir.

Aucun besoin de grilles d'évaluation pour cela.

On le ressent. On le voit sur le visage de nos patients.

On le comprend à leurs paroles comme à leur silence.

Conclusion

Nous y voici. Par des arguments de propagande qui ne sont pas sans rappeler la "potion magique", et des procédés malhonnêtes de promotion pseudo-scientifique, le monde se retrouve submergé par la déferlante et dogmatique pensée de la pilule magique.

Une pharmacodépendance dont les victimes sont targués parfois de "consommateurs d'immédiateté", "n'acceptant pas la confrontation avec soi même", par des psychologues dont je tairais le nom.

Mais pire que des erreurs qu'on puisse reconnaître afin de progresser sans les répéter, cette folie meurtrière du langage ou de la pensée se retrouve parfois servant la conspiration ourdie par "big pharma", sans que de la reconnaissance puisse naître la vergogne.

Ce "grand sommeil" de la science engloutit les valeurs que prétendent défendre celles et ceux qui les trahissent dans leurs actes.

Mais alors, nous autres, avec les quelques connaissances et expériences de réflexologie ou d'acupuncture auriculaire qui nous permettent d'aider nos patients de sortir de leur marasme pharmacologique, nous prendrions nous pour des "Don Quichotte" dans ce bas monde ?

Certes non.

Par ce travail, j'ai illustré au moins en partie, me semble-t-il, l'expérience que j'ai accumulée depuis ces dernières années dans le traitement et l'accompagnement des patients victimes de pharmacodépendances.

Et l'heureuse réussite qu'il m' a été donnée de voir, par une prise en charge globale du soin, au milieu de laquelle l'auriculothérapie se place comme pivot central, a sans aucun doute fait vibrer une partie de mon âme de soignant.

Sans prétendre au protocole ou au "traitement de la pharmacodépendance par l'auriculothérapie", j'ai pû constater à quel point l'auriculothérapie était puissante et sans risque pour soigner nos patients pharmaco dépendants.

Voyez vous même: pas de nouvelle pilule à prendre, mais au contraire, une libération du joug de la pharmacopée chimique.

Pour combien de temps-me direz vous-, dans le marasme social et économique qui envahit le monde au prélude du XXIIème siècle ?

C'est là que nous devons reconnaître et accepter les choses que l'on ne peut pas changer.

Mais pour le reste, il y a la médecine qui guérit, celle qu'on pratique, et dans laquelle l'auriculothérapie prend toute sa place.

Et nous pouvons avoir le courage de changer le futur obscur du patient pharmaco dépendant. Cela nous le pouvons.

Ce travail m'en apporte la preuve.

Et, à nouveau, presque de manière laconique, qu'il me soit permis de remercier ceux et celles qui ont tracé la voie que je prend à mon tour depuis ces dernières années¹⁶.

Sic transit gloria mundi.

16 J'ai nommé Paul Nogier et son fils Raphaël. Et mentions spéciales pour mes enseignants du Glem.

Bibliographie

- Bossy Jean. (1995). *Bases Neurobiologiques des Reflexothérapies*.
- David, D. J., & Gardier, A. M. (n.d.). Les bases de pharmacologie fondamentale du système sérotoninergique : application à la réponse antidépressive. *L'Encéphale*, 42(3), 255–263. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.03.012>
- Gotzsche, P. c. (2017). *Deadly Medicines and Organised Crime*. (C. P. T. and F. Group, Ed.).
- Jacques Benesteau. (2002). *Mensonges freudiens*. (Pierre Mardaga, Ed.).
- Lazarevic, V., Mantas, I., Flais, I., & Svenningsson, P. (2019a). Fluoxetine Suppresses Glutamate- and GABA-Mediated Neurotransmission by Altering SNARE Complex. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(17), 4247. <https://doi.org/10.3390/ijms20174247>
- Lazarevic, V., Mantas, I., Flais, I., & Svenningsson, P. (2019b). Fluoxetine suppresses glutamate- and gaba-mediated neurotransmission by altering snare complex. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(17). <https://doi.org/10.3390/ijms20174247>
- Marcinkiewicz, C. A., Mazzone, C. M., D'Agostino, G., Halladay, L. R., Hardaway, J. A., Diberto, J. F., ... Kash, T. L. (2016). Serotonin engages an anxiety and fear-promoting circuit in the extended amygdala. *Nature*, 537(7618), 97–101. <https://doi.org/10.1038/nature19318>
- Martinot, J.-L. (n.d.). *Imagerie cérébrale en psychiatrie*.
- Ossipov, M. H., Morimura, K., & Porreca, F. (2014). Descending pain modulation and chronification of pain. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000055>
- Paul Nogier. (n.d.). Introduction pratique à l'Auriculothérapie.
- Ph Dorosz. (2020). *Guide pratique des Médicaments* (Maloine).
- Philippe Even; Bernard Debre. (2018). *Dépressions antidépresseurs psychotropes et drogues* (Le Cherche-Midi).
- Raphaël Nogier. (2006). *Auriculothérapie 2ème degré*.
- sauramps medical (Ed.). (2007). *Les Annales du GLEM Lyon 2007-2008*.
- Zotev, V., Yuan, H., Misaki, M., Phillips, R., Young, K. D., Feldner, M. T., & Bodurka, J. (2016). Correlation between amygdala BOLD activity and frontal EEG asymmetry during real-time fMRI neurofeedback training in patients with depression. *NeuroImage: Clinical*, 11, 224–238. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2016.02.003>

Annexe: Tableau de synthèse des médicaments psychotropes

	DCI et nom commercial	Laboratoire	Biopharmacologie	CI et EI (cf Vidal)	Procés
BZD	Diazepam (valium) et ses copies ¹⁷	Roche	Renforcent l'action du GABA sur ses récepteurs. (entraînant une polarisation négative des neurones et donc ralentissant l'influx nerveux)	Toxicomanie (cherchez l'erreur...) insuff respiratoire, apnées du sommeil, myasthenie, insuffisance hépatique sévère, porphyrie, hypersensibilité aux bzd. ES:somnolence amnésie antérograde, hypotonie, sensation ébrieuse, réaction paradoxale	Roche ne publiera jamais les data qui prouveraient l'efficacité et l'innocuité du Tamiflu, mais réussira à "convaincre" le gouvernement et l'OMS de le stocker en masse, et les médecins de le prescrire...
Apparentés BZD : Hypnotiques	Zopiclone (Imovane) Zolpidem (Stilnox)		Idem, mais très courte durée d'action		
NL= Neuroleptiques	Typiques, Atypiques, et « de Deuxième génération »				
Typiques	Chlorpromazine (Largactil) et ses 5 copies ¹⁸	Sanofi (1952)	Anti -histamine récepteurs 1 cérébraux.	Sédation, indifférence affective, syndrome dépressif, syndrome confusionnel, dyskinésies précoces et tardives,	Sanofi Aventis condamné à <u>95 million de dollars</u> pour...Fraude par surfacturation aux agences de santé d'un produit destiné aux indigents: un spray nasal à base de cortisone: le triamcinolone (2009)
Atypiques, Classés « anti dopaminergique »	Clozapine (Leponex) et ses 9 copies ¹⁹	novartis	anti dopaminergique, mais en réalité inhibiteurs non spécifiques de plusieurs récepteurs de NT ²⁰	troubles de la déglutition, pneumopathies, prise de poids, obésité, diabète, HTA hypotension orthostatique, aménorrhée, impuissance frigidity, glaucorhée,	Novartis condamné à <u>423 million de dollars</u> pour...Corruption à la prescription de Trileptal (oxcarbazépine) dans des indications sans rapport ²¹ avec l'AMM (épilepsie partielle) et 5 autre drogues ²² (2010)
Atypiques, de Deuxième Génération	Risperidone(Risperdal) et ses 5 copies ²³	Janssen (1995)	« anti dopaminergiques », mais en réalité inhibiteurs non spécifiques de plusieurs récepteurs de NT ²⁴ NB il s'agit ici des mêmes effets biopharmacologiques des...AD tricycliques	photosensibilisation, syndrome malin.	Janssen (J and J) corruption de médecins et collusion entre médecins d'essai et directeur médical de JJ, là la prescription ²⁵ du neuroleptique Risperidone RISPERDAL^R en 2012 Astrazeneca condamné à <u>520 millions de dollars</u> ²⁶ pour...Corruption à la prescription et vente illégale (non approuvée par la FDA) de

17 clonazepam (**veratran**), oxazepam (**seresta**), alprazolam (**xanax**), lorazepam (**temesta**) bromazepam (**lexomil**), clonazepam (**urbanyl**), clobazam (**likozam**), prazepam (**lysanzia**), nordazepam (**nordaz**), loflazepate d'éthyle (**victan**), clorazepate dipotassique (**tranxene**) Lopraxolam (**Havlane**), lormetazepam (**noctamide**) nitrazepam (**mogadon**), estazolam (**nuctalon**)

18 fluphénazine (**moderate**, sanofi, 1955, L-mépromazine (**nozinan**, sanofi, 1956, propériciazine (**neuleptil**, sanofi, 1963), cyamémazine (**tercian**, sanofi, 1971), pipotiazine (**piportil**, elbert, 1972)

19 Pipampérone (dipipéron, Eumédica, 1968), sulpiride (Dogmatil, Sanofi 1968), pimazide (Orap, Sanofi, 1971), tiapride (Tiapridal, Sanofi, 1974), Halopéridol (Haldol, Janssen, 1976), loxapine (Loxapac, Sanofi, 1978), Amisulpiride (Solian, Sanofi 1986), zuclopenthixol (Clopixol, Lundbeck, 1987), Flupentixol (Fluanxol, Lundbeck, 1987)

20 Dopamine, sérotonine, histamine, noradrénaline et acétylcholine (bien moins pour ces deux derniers)

21 Prescrit frauduleusement pour des troubles psychiatriques ou la douleur, ou...à la tête du patient.

22 Valsartan (Diovan) pour l'hypertension, Tegaserod (Zelnorm) pour le syndrome de l'intestin irritable, finalement retiré du marché pour toxicité cardio vasculaire, Octreotid (Sandostatin), (amlodipine+valsartan (Exforge) pour l'hypertension, et aliskiren (Tekturna) pour l'hypertension.

23 Olanzapine (zyprexa, lily), dropéridol (droleptan, prostrakan pharma), aripiprazole (abilify, otsuka) quétiapine (xeroquel, astra-zeneca), asénapine (sigrest, msd organon)

24 Dopamine, sérotonine, histamine, noradrénaline et acétylcholine (bien moins pour ces deux derniers)

25 JJ mentent en prétendant le contraire de l'effet indésirable du Risperdal sur le poids (qu'il majore et non pas qu'il réduit), et, par des pots de vins, permettent une large prescription chez les enfants et les personnes âgées.

26 Le bénéfice d'Astrazeneca à la vente de la quétiapine dans ces conditions s'éleva en 2009 à **4,9 billion de dollars**.

					Quetiapine(XEROQUEL^R)	
AE= Anti Epileptiques	Valproate(Depakine,Depakote)	Sanofi ; Abbot	Les études expérimentales et cliniques du valproate suggèrent deux types d'action anticonvulsivante. ²⁷	Hepatotoxicité,prise de poids, oedemes, tremblement d'attitude, alopecie, sedation, somnolence, amenorhee ou irregularites menstruelles, etat confusionnel,risque de suicide,....	Sanofi Aventis condamné à <u>95 million de dollars</u> pour....Fraude par surfacturation aux agences de santé d'un produit destiné aux indigents: un spray nasal à base de cortisone: le triamcinolone (2009) Novartis condamné à <u>423 million de dollars</u> pour...Corruption à la prescription de Trileptal (oxcarbazépine) dans des indications sans rapport ²⁸ avec l'AMM (épilepsie partielle) et 5 autre drogues ²⁹ (2010) GlaxosmithKline condamné à <u>3 billion de dollars</u> pour....Corruption à la prescription, vente illégale de 5 drogues non approuvées par la FDA, obstruction à l'enquête de la FDA:le Bupropion (Wellbutrin ^R aux US ,ZYBAN ^R), Paroxetine (Paxil ^R aux US , DEROXAT ^R) et 3 autres. + collusion avec le Congrès pour menacer la FDA à propos du Zanamivir (RELENZA®)	
	Carbamazépine (Tegretol) et Oxacarbazépine (Trileptal)	Novartis				
	Iamotrigine (Lamictal)	GSK				
	Gabapentine (Neurontin) Prégabaline (Lyrica) Vigabatrine (Sabril) ³⁰ Topiramate (Epilex) ³¹	Pfizer Sanofi Janssen	Activateurs des GABA-recepteurs par Analogie structurelle au GABA, dont le mécanisme d'action est mal connu pour le Neurontin, peu décrit pour l'Epilex,	Somnolence, sensations vertigineuses, troubles de l'équilibre, asthénie, céphalées, tremblements, troubles psychiques : hostilité avec idées suicidaires « ayant pu conduire à des décès par suicide. Idem mais perte de poids importante et acidose métabolique grave pour l'Epilex	Pfizer condamné à <u>4 billion³¹ de dollars</u> pour... A <u>4 million de dollars</u> pour... et à <u>430 millions de dollars</u> pour....1-Promotion illégale de 4 drogues dont...la prégabaline (Lyrica) 2- Essai in vivo de Trovafloxacine chez des Nigériens(1996!) ³² 3-pour promotion illégale du Neurontin dans des indications abusives (douleurs chroniques, migraines et simples céphalées)	
Phénobarbital (Gardenal) primidone (Mysoline)	Sanofi Serb	Activateurs des GABA-recepteurs (plus « forts » que les précédents?)	Risque suicidaire, hyperactivité chez l'enfant, carence en vitamine D et B9	Sanofi Aventis condamné à <u>95 millions de dollars</u> pour....Fraude par surfacturation aux agences de santé d'un produit destiné aux indigents: un spray nasal à base de cortisone: le triamcinolone (2009)		
Lithium (Teralithe)	Sanofi		Prise de poids de 4 à 20 kg., diabète, hypo ou hyperthyroïdie, chute des cheveux, acnée, syndrome néphrotique, insuffisance rénale, TERATO gène.	Sanofi Aventis condamné à <u>95 millions de dollars</u> pour....Fraude par surfacturation aux agences de santé d'un produit destiné aux indigents: un spray nasal à base de cortisone: le triamcinolone (2009)		

27 Le premier est un effet pharmacologique direct en relation avec les concentrations en valproate du plasma et du cerveau. Le second est apparemment indirect et vraisemblablement en relation avec des métabolites du valproate persistant dans le cerveau, ou avec des modifications des neurotransmetteurs, ou avec des effets membranaires directs. L'hypothèse la plus généralement admise est l'hypothèse de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA) dont le taux augmente après administration de valproate. Le valproate diminue la durée des phases intermédiaires de sommeil avec une augmentation concomitante de sommeil lent.

28 Prescrit frauduleusement pour des troubles psychiatriques ou la douleur, ou...à la tête du patient.

29 Valsartan (Diovan) pour l'hypertension, Tegaserod (Zelnorm) pour le syndrome de l'intestin irritable, finalement retiré du marché pour toxicité cardio vasculaire, Octreotid (Sandostatin), (amlodipine+valsartan(Exforge) pour l'hypertension, et aliskiren (Tekturna) pour l'hypertension.

30 Toxicité oculaire généralement irréversible, parfois associé à une baisse définitive de l'acuité visuelle, en plus d'un risque suicidaire accru.

31 Un billion = un million de million (1000 Millions)

32 Ayant entraîné décès et séquelles neurologiques graves et définitives (dont cécité). Cette molécule est retirée du marché en raison....de sa toxicité hépatique.

AD= anti-dépresseurs	IMAO, Tricycliques, INSR, ISRS, ISRNA, Divers.				
IMAO	Iproniazide (marsilid) ³³		Inhibition de la Mono Amine-Oxydase	Tentative de suicide, excitation, insomnie, sueurs, vertiges, éblouissements, céphalées, constipation, rétention urinaire, sécheresse buccale, polynevrites, convulsions, hypo ou hypertension,...	
Tricycliques (INSERE)	Imipramine (tofranil) et 7 copies ³⁴	Amdipharm	Inhibition non sélective de la recapture des bioamines : dopamine, noradrénaline et sérotonine ³⁵	Tentative de suicide, bouche sèche, constipation, tachycardie, rétention urinaire, insomnie, anxiété, confusion,.....	Sanofi Aventis condamné à <u>95 million de dollars</u> pour...Fraude par surfacturation aux agences de santé d'un produit destiné aux indigents: un spray nasal à base de cortisone: le triamcinolone (2009)
INSR	Milnacipran (Ixel) et ses 3 copies (mirtazapine (Norset), MSD, Venlafaxine (Effexor, Pfizer), duloxétine (Cymbalta, Lilly)	Fabre	Inhibition non sélective de la recapture de la noradrénaline, de la sérotonine, et souvent de la dopamine. ³⁶	Tentative de suicide, constipation, bouche sèche, insomnie, vertiges, sueurs,	Pfizer condamné à <u>4 billions³⁷ de dollars</u> pour... A <u>4 million de dollars</u> pour... et à <u>430 millions de dollars</u> pour....1-Promotion illégale de 4 drogues dont...la prégabaline (Lyrica) 2-Essai in vivo de Trovafloxacin chez Nigériens(1996!) ³⁸ 3-pour promotion illégale du Neurontin dans des indications abusives (douleurs chroniques, migraines et simples céphalées)
ISRS	Fluoxétine (prozac) et 7 copies ³⁹	lilly	Inhibiteur Selectif de la recapture de la sérotonine (par blocage de son transporteur spécifique SERT)	Tentative de suicide, anxiété « paradoxale » (!), fièvre, céphalées, nausées, diarrhées, constipation, risque de GAF et GAO, syndrome serotoninergique ou syndrome malin des	Lilly condamné à <u>1,4 billion de dollars</u> pour...Abus de confiance et mise en danger volontaire avec le ZYPREXA (olanzapine) truquant les études pour faire pencher la balance en faveur de la drogue. ⁴⁰

33 Isoniazide (Rimifon...anti tuberculeux) (Galien), Selegiline (Deprenyl, Orion), Moclobémide (Moclamine (Biocodex)

34 Trimipramine (surmontil, Sanofi), amitriptyline (Elavil, Gerda), clomipramil (anafranil, Sigma-Tau), Maprotiline(Ludiomil (amdipharm), amoxapine (Defanyl, Eisai) dosulépine (Prothiaden), doxépine (Quitaxon, Nepal)

35 En bloquant leurs transporteurs transmembranaires DAT, NAT et SERT, et en se liant aussi directement aux 3 récepteurs adrénergiques, histaminiques, et muscariniques de l'acétylcholine (d'où leurs EF : tremblements, agitation ou sédatons, sueurs, bouche sèche, constipation)

36 Comme les tricycliques mais chimiquement ce ne sont pas des tricycliques.

37 Un billion = un million de million (1000 Milliards)

38 Ayant entraîné décès et séquelles neurologiques graves et définitives (dont cécité). Cette molécule est retirée du marché en raison....de sa toxicité hépatique.

39 Paroxétine (Deroxat GSK), Fluxovamine (Floxyfral, Abbott), sertraline (Zoloft, Pfizer), citalopram (Seropram, Lundbeck), escitalopram (Seroplex, Lundbeck), dapoxétine (Priligy), vortioxétine (Brintellix, Lundbeck)

40 L'olanzapine(Zyprexa)entraîne obésité, diabète, IDM et Pneumonie. Son bénéfice dans les démences (en particulier chez les personnes âgées et les enfants), dépression et maladie d'Alzheimer reste encore à démontrer.....

				neuroleptiques (!),...	
ISRNA	Bupropion (zyban) miansérine (Athymil) reboxetine (Edronax, pas en France, Pfizer) atomoxétine (Strattera, Lilly, retiré)	GlaxoSmithKline MSD	Inhibition sélective de la recapture de la NA(Noradrénaline)	Tentative de suicide, somnolence, constipation, bouche sèche, hypotension orthostatique, torsades de pointe,.....	GlaxoSmithKline condamné à <u>3 billion de dollars</u> pour.....Corruption à la prescription, vente illégale de 5 drogues non approuvées par la FDA, obstruction à l'enquête de la FDA:le Bupropion (Wellbutrin ^R aux US, ZYBAN ^R), Paroxetine (Paxil ^R aux US, DEROXAT ^R) et 3 autres. + collusion avec le Congrès pour menacer la FDA à propos du Zanamivir (RELENZA®)
DIVERS	Tianeptine (Stablon) Varécline (Champix)	Servier 1987 Pfizer	Activateur de la recapture de la sérotonine (!) l'inverse des ISRS....Cherchez l'erreur Agoniste des récepteurs nicotiques de l'acétylcholine ⁴¹	Tentative de suicide, nausées, insomnies, dysgueusie, vomissement, acouphènes, myopie (!), rêves « anormaux ».....	Pfizer condamné à <u>4 billions⁴² de dollars</u> pour... A <u>4 million de dollars</u> pour... et à <u>430 millions de dollars</u> pour...1-Promotion illégale de 4 drogues dont...la prégabaline (Lyrica) 2-Essai in vivo de Trovafloxacin chez des Nigériens(1996!) ⁴³ 3-pour promotion illégale du Neurontin dans des indications abusives (douleurs chroniques, migraines et simples céphalées)
PSYCHOSTIMULANT	Méthylphénidate (ritaline)	novartis	Dérivé amphétaminique, augmentant la concentration en dopamine et noradrénaline dans la fente synaptique.	Nervosité et Insomnie (! cherchez l'erreur!), diminution de l'appétit, céphalées, somnolence, hyperactivité (! cherchez l'erreur!), psychose toxique ⁴⁴ ,...	Novartis condamné à <u>423 millions de dollars</u> pour...Corruption à la prescription de Trileptal (oxcarbazépine) dans des indications sans rapport ⁴⁵ avec l'AMM (épilepsie partielle) et 5 autre drogues ⁴⁶ (2010)

41 « Zyban (bupropion) et Champix (varécline) sont les 2 plus dangereux anti déprimeurs et d'une efficacité faible dans le sevrage tabagique. »

42 Un billion = un million de million (1000 Milliards)

43 Ayant entraîné décès et séquelles neurologiques graves et définitives (dont cécité). Cette molécule est retirée du marché en raison....de sa toxicité hépatique.

44 Pas tellement étonnant de la part d'une amphétamine, puisque la psychose amphétaminique est connue depuis près de 80 ans (cf « PERVITIN » du 3ème Reich.....)

45 Prescrit frauduleusement pour des troubles psychiatriques ou la douleur, ou....à la tête du patient.

46 Valsartan (Diovan) pour l'hypertension, Tegaserod (Zelnorm) pour le syndrome de l'intestin irritable, finalement retiré du marché pour toxicité cardio vasculaire, Octreotid (Sandostatin), (amlodipine+valsartan(Exforge) pour l'hypertension, et aliskiren (Tekturna) pour l'hypertension.