

ADDICTIONS
APPORT DE L'AURICULOTHERAPIE
Santourian
2018-2019

Table des matières

Introduction.....	3
1-Définitions.....	5
Addiction.....	5
Auriculothérapie.....	6
2-Historique.....	7
3-Physiopathologie.....	12
4- Etudes Fondamentales Préliminaires.....	18
5-Objectifs de ce travail.....	22
7-Observations : Cas Cliniques.....	24
8-Commentaires et bilans.....	37
9-Revue de la littérature.....	40
Bibliographie.....	45

Introduction

Nous sommes en 2019, bientôt en 2020. Traiter d'un sujet comme l'addiction en cette période est une démarche ambitieuse.

Pour plusieurs raisons : tout d'abord parce que notre époque mélange les mots et leur sens. Chacun attribue souvent un mot à un sens qui n'est pas celui de son interlocuteur, et les interprétations s'ensuivent. C'est pourquoi j'aborderai ce travail par une mise au point sur le sens des mots et/ou des concepts. Je vais m'efforcer d'être aussi précis que possible sur les concepts d'addiction et le concept de soin. Et c'est parce que je considère que l'auriculothérapie soit un soin que je tenterai d'en apporter une définition aussi claire que possible. Ainsi, j'évoquerai l'historique de l'addiction et celle de l'auriculothérapie en les intégrant dans celle du soin.

Ensuite, parce que la question de l'addiction nous renvoie à celle de la drogue, dans un sens large. Celui du produit toxique potentiellement mortel, mais aussi celui du produit de consommation culturelle ou social (comme l'alcool), et celui du produit pharmaceutique (le médicament). Cette double ou triple-disons multiple-signification est aussi une source de confusion chez un public parfois prêt à s'emparer du sens qui lui conviendrait le mieux selon les circonstances.....

Enfin, parce que la question de l'addiction s'inscrit dans une dimension psycho-socio-culturelle que je qualifie clairement, dès maintenant, de capitale. Capitale pour tenter de comprendre. Capitale pour tenter de soigner.

Éluder ce dernier point est le premier piège du soin. Il mériterait, à lui seul, le développement d'un travail pertinent. En simplifiant à l'extrême, il existe des déterminants sociaux et sans doute sociétaux : la précarité se majore, l'accès aux drogues également, les sociétés ne cachent plus leur intérêt économique dans la source financière que rapportent l'alcool, le tabac ou même le cannabis . Des déterminants culturels : ne serait ce que la culture du vin en France et dans d'autres pays, ou celle d'alcools plus « forts » en Russie ou dans certains pays de l'Est, ou le coca en Amérique du Sud . Des déterminants psychologiques : attrait pour le risque, gestion des émotions, recherche de nouveauté, intolérance à l'ennui, compétitivité,.....peut on être exhaustif ?

Dans une société où les personnes actives ont pour dogme la productivité et/ ou la compétitivité ; où les « inactifs » développent la coutume du « droit à tout et tout de suite », et dans laquelle l'accès aux produits dopants et/ou relaxants est simplissime, pourquoi s'étonner d'un usage abusif ? Et comment conceptualiser une « recette » thérapeutique aussi subversive, dans son essence, que le produit lui-même ?

Je n'extrapolerai pas du produit au comportement. C'est bien plus difficile à définir ; .

Mais je veux clairement déposer ici la notion fondamentale de complexité de l'addiction. Il ne s'agit pas d'un furoncle à faire mûrir puis à évacuer. C'est bien plus compliqué que ça.

La pensée magique d'une solution radicale, comme pourrait être celle d'avoir des pavillons auriculaires à l'image d'un tableau de bord « pilotant » le comportement d'un être humain et assurant la guérison d'une addiction, me gêne autant que celle d'un psychiatre ou d'un chirurgien du cerveau assurant la guérison par la psychothérapie pour le premier, et par la lobotomie pour le second. Personne n'aurait pris le temps de comprendre que chaque cas est unique et que le mal est plus complexe qu'il n'y paraît.....

Aucune technique de réflexologie ne pourra compenser les carences nutritionnelles qui sont le corollaire de l'alcoolisme chronique, par exemple.

L'auriculothérapie me semble être une aide supplémentaire, mais surtout complémentaire, trouvant sa place dans le panel des soins que nous pouvons proposer à une personne qui souffre.....d' « addiction ». La prise en charge doit rester globale, et fait intervenir de multiples soignants, ce terme dépassant largement celui du « médecin tout puissant », ou de la « médecine magique ».

C'est en conservant cette pensée en tête que j'ai élaboré ce travail.

1-Définitions

Addiction

La définition de Goodman :

« un processus dans lequel est réalisé un comportement **qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir** et de **soulager un malaise intérieur**, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives ».

Il décrit les critères d'inclusion suivants

Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.

Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement

Plaisir ou soulagement pendant sa durée

Sensation de perte de contrôle pendant le comportement (jusque là, j'assimilerai volontiers ces 4 items à la définition de la compulsion)

Présence d'au moins 5 des 9 critères suivants :

Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation (ce point rejoint pour moi l'obsession)

Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine

Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement

*Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre (pour moi Goodman met en évidence ici la **Force Vitale** d'un individu)*

Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales, ou sociales

Activités sociales, professionnelles, ou récréatives majeurs sacrifiées du fait du comportement

*Perpétuation du comportement, **bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique...ou physique (nda)***

Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité (Jeckyl and Hyde).

Critique personnelle : on parle souvent, par abus de langage (?), d' « accoutumance » pour désigner la tolérance. Ce sont deux choses distinctes à mon avis. S'accoutumer à quelque chose, c'est plutôt s'habituer à quelque chose. Tolérer est différent, puisqu'il s'agit de supporter. Il implique un sentiment de gêne. Ainsi, on pourrait apporter plus de nuances en séparant les deux termes très clairement selon l'apport de la substance (ou du comportement). Ainsi, je rapporterais volontiers la « tolérance » à la capacité d'endurer les effets négatifs d'une substance, alors que

L' « accoutumance », je la rapporterai à la faculté naturelle du corps de ne plus ressentir le positif.

Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement (syndrome de « manque »?)

Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue. Point arbitraire mais qui souligne le côté « durable » et non pas « occasionnel ».

Auriculothérapie

L'auriculothérapie est une thérapeutique classée parmi les réflexothérapies.

Elle est parfois définie comme l'acupuncture de l'oreille.

Cette définition courte, et peut être simpliste, je vais tâcher de l'étayer par un historique aussi complet que possible.....

2-Historique

- Des addictions

L'histoire de l'usage de drogues ou de produits hallucinogènes toxiques est aussi vieille que les montagnes.....

Il semble que les sociétés tribales archaïques utilisaient les plantes hallucinogènes dans des buts précis (Véléa, 2002). La communication avec le Divin. Et cette relation, provoquée par l'absorption de substances potentiellement mortelles, était réservée à une certaine partie de la population : les Chaman.

Depuis lors, bien des millénaires ont passé. Il ne s'agit plus d'appartenir à une certaine classe de la population. Il ne s'agit plus de communiquer avec Dieu.

En effet, l'histoire des addictions est moins prosaïque. Andrei Oisteanu, en 1993, fait une synthèse détaillée de l'évolution de l'utilisation de plantes hallucinogènes (chanvre, pavot, solanaceae) dans les régions de l'Europe de l'Est (Roumanie et Grèce) et d'Asie Mineure (Turquie). (Oisteanu, 1993)

Selon lui, elles accompagnent certains événements de la vie (comme le décès), et entrent dans la composition de certaines formules médicinales (la Thériaque), ou encore délieraient le cerveau et la langue des poètes. (Oisteanu, 1993)

Les deux derniers siècles ont vu au moins trois types de molécules envahir la planète :

-tout d'abord les amphétamines (fin XIXème) qui ont servi de support à l'Armée Nazie pour commettre leurs atrocités, puis aux Sportifs de compétition pour faciliter leur accès aux performances, pendant les 30 années qui ont suivi la deuxième guerre mondiale,jusqu'à nos jours.

-Les dérivés de l'opium et du cannabis (fin XIXème jusqu'à nos jours), et l'offre de marché potentiel juteux que représente le cannabis face à l'actuelle « crise opioïde » : de plus en plus d'addictions aux dérivés morphiniques.....Maroc, Amérique centrale, Mexique seraient les principaux producteurs officiels, mais la clandestinité de production deviendrait mondiale. Espagne, Italie, Belgique, Pays-Bas et Allemagne l'ont récemment dépénalisé.

-les psychotropes (milieu du XXème siècle), initialement pour soigner les dégâts psychologiques provoqués par les guerres et génocides du XXème siècle, aujourd'hui prescrites de manière abusive....(Pr Philippe Even, 2018)

Quant à l'alcool, il serait présent depuis au moins 5000 ans sur la planète et sa consommation est endémique. Le tabac, lui, serait plus récent (500 à 600 ans) en Europe, mais aussi vieux que les populations pré-colombiennes. ("Histoire de la culture du tabac — Wikipédia," n.d.)

Toutes les deux, malgré leur banalisation, peuvent, dans les faits, clairement être considérés comme des drogues au pouvoir addictif puissant. 20 ans d'exercice de la Médecine me l'ont confirmé.....

Aujourd'hui, les drogues sont les valeurs marchandes d'un marché planétaire juteux.

Nos sociétés semblent en avoir besoin constant, depuis les sommets des états politiques, jusqu'aux « cités » et/ou « bidonvilles » des classes « défavorisées », en passant par les réseaux de l'emploi où la compétitivité est désormais un modèle d'émulation socioprofessionnel, les ambiances morbides scolaires où régnaient hier timidité ou introversion ; aujourd'hui racket et intimidation, voire clairement cruauté et sadisme, sans oublier la culture machiste de l'alcool aussi vieille que l'humanité ou encore le monde du sport dont l'idéal « l'important est de participer » est désormais piétiné par le rendement du « tout, tout de suite , et sans effort ».....

Il n'est guère plus de secteur où le dopant ne soit nécessaire pour lutter..... ou pour oublier ! Dans les deux cas, pour survivre. L'individu en a autant besoin que nos sociétés.

Et du dopage à la toxicomanie, il n'y a souvent qu'un pas, parfois un très subtil mouvement.....

L'addiction est sans doute culturelle autant qu'économique, individuelle et planétaire.

Elle fait désormais partie des échanges mondiaux:tous les continents sont touchés, depuis l'Amérique du Sud (Mexique, Colombie), l'Orient (croissant d'or : Afghanistan, Iran, Pakistan, et triangle d'or : Birmanie, Laos, Thaïlande, Vietnam), et plus près de chez nous la Turquie et l'Italie.

Elle dépasse aujourd'hui le cadre « simpliste » de la culture, pour s'intégrer dans une forme de criminalité mondiale, dans lequel l'Humain et les sociétés sont les cibles commerciales des Maîtres de la « dope », lorsque l'Humain lui même ne fait pas l'objet d'un commerce. Mais je sort ici du cadre strict des addictions.

La demande est forte.

L'offre suit.....

- De l'auriculothérapie

L'histoire de l'Auriculothérapie est bien plus récente.

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=vYJhBV1UKSNjtz-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'helix.

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	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'auriculopunctur e (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	1960-1975
Niboyet	Marseille		Points d'acupuncture de moindre résistance	1960-1980 (1962)
Durynian	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 traitements des addictions par auriculothérapie

Tabagisme :

Pour l'addiction au tabac et sa prise en charge sur le plan auriculothérapeutique, plusieurs protocoles existent : presque chaque Auriculothérapeute en a développé un qui lui est propre. Bien

souvent, il nécessite une période d'abstinence d'au moins 6 heures (+ou -) avant « la » séance, qui se voudrait-souvent-unique.

Les différents auteurs, dont le Fondateur Paul Nogier lui même, avancent des résultats positifs d'au moins 60 %.(Marignan, 1989); (Nogier, n.d.)

Notons que ces résultats positifs se constatent sur le court-moyen terme, et que le long terme reste une inconnue.

Alcoolisme :

Raphaël Nogier nous enseignait déjà au sein du GLEM il y a quatre ans en arrière, que l'accompagnement mensuel par auriculothérapie devrait, dans l'idéal, se poursuivre à vie.(Bergdahl, Berman, & Haglund, 2014)

Par ailleurs Jean Pierre Bagnis, , en 1976, proposait à la clinique des bruyères, à Saint Jacques de Grasse, un protocole d'auriculopuncture (sans doute par aiguilles classiques d'acupuncture ?)accompagnant la prise en charge des « curistes », pendant plusieurs années semble-t-il. Les points sont clairement donnés (Point zéro, Point-Maître d'agressivité, Point-Maître du Trijumeau)(Bagnis, n.d.)

Enfin, J. Gleditsch de Munich, en Allemagne, rapporte le protocole NADA fondé par le Dr Smith aux USA, durant les années 82 à 92-93, environ, et parle de punctures quotidiennes, sur des points de « frustration », « anti-agression » selon la nomenclature du Dr Nogier. L'article en question parle d'abus de drogues et d'alcool.(Gleditsch, 1993)

Abus de Cannabis :

Je n'ai pas trouvé d'informations concernant l'auriculothérapie comme traitement d'appoint pour le cannabis dans l'histoire du Fondateur du GLEM , pas plus que dans celle de ses différents membres. Je cite ici un article rédigé par le Dr Horvilleur à propos du « cannabis et société ».(Horvilleur, n.d.)

3-Physiopathologie

Je ferai un bref rappel sur les neuro-transmetteurs et un état des lieux sur les fonctions cérébrales telles qu'elles sont comprises par les apports de la neuro-imagerie (éludant d'ailleurs par là-même l'impact de la nutrition sur les fonctions cérébrales, entre autres déterminants), puis une approche des connaissances sur le plan neuro-physio-toxicologique et comportementaliste des addictions, et enfin une tentative de synthèse sur la toxicologie et sur les aspects addictogènes pharmacologiques des trois principales substances : tabac, alcool, et cannabis.

La neuro-imagerie aurait permis, ces dernières années, de localiser avec plus de précision les fonctions dans les zones du cerveau.

L'hippocampe : mémoire, attention, navigation

Le cortex pré-frontal, latéral cognition complexes (**planifications**), orbito frontal affectif et motivation, cingulaire antérieur contrôle des fonctions autonomes,.....

Le trigone: mémoire

Le gyrus cingulaire : antérieur affectif, moyen choix des réponses, postérieur mémoire, rétro spinal gère informations visuelles et spatiales (proprioception?)

L'aire septale (noyau accumbens) : **impulsion**, motivation, appétit, attirance.....

L'aire tegmentale ventrale : **motivation**, cognition,....

L'habenula (en arrière, reliant épiphyse aux deux thalamus) : **régulation** affective,....

Le thalamus, relais des afférences sensitives, sensorielles, motrices

L'hypothalamus : chapote l'hypophyse (métabolismes), **régulation** des systèmes nerveux autonomes (**sympa et para sympa**) et des fonctions endocrines, et de systèmes comportementaux (reproduction, thermorégulation (Gtummo), veille/sommeil, faim.

L'épiphyse, régulation veille-sommeil et saisons !

L'hypophyse, chef d'orchestre du fonctionnement des autres glandes

La réticulée : veille-sommeil, marche, tonus postural, vigilance

Les amygdales cérébrales et les peurs, l'anxiété, les **obsessions**(?)

Le Raphé (sérotonine), veille-sommeil, vigilance, concentration, agressivité, douleur

Le Locus Caeruleus (noradrénaline et acétylcholine) peur, anxiété, rêve et sommeil paradoxal

Le striatum (Dopamine) et le mouvement volontaire, les **appetits ou les aversions**, l'effet placebo, cicatrisation cérébrale

Pallidum dorsal cognitif et moteur, **ventral** système limbique (mémoire , émotion)

Locus niger(dopamine) motricité volontaire et automatique

Le rhinencéphale : agressivité, angoisse

Les « noyaux gris centraux » : striatum (noyau caudé et putamen), pallidum, noyau sous thalamique, locus niger)

Quand est-il du lobe frontal et pré-frontal ? Encore peu connus, les lobes frontaux et pré-frontaux jouent certainement un rôle majeur dans le « contrôle » relatif des structures « inférieures » (cortex limbique et reptilien de Mac Lean) pour qui sait comment s'y prendre. C'est un fait qu'on peut constater , dans mon expérience, chez certains pratiquants de raja-yoga. J'ai moi même été pratiquant dans ce domaine, et l'influence qu'on peut avoir sur le système nerveux autonome, par un entraînement adapté, m'est familière.

Le courant actuel de pensée, en addictologie, fait référence au circuit : pré-frontal- Striatum. Ce petit raccourci sur le plan fonctionnel mérite une précision sur le plan anatomique. La partie impliquée du striatum, dans les addictions, serait le noyau accumbens. Ce dernier est la partie la plus ventrale du putamen. Le putamen ET le noyau caudé (qui sont deux organes pairs et symétriques) forment à eux deux le striatum. Cette appellation « striatum » semble être issue de l'aspect strié du tissu nerveux à la coupe anatomique frontale.

Par ailleurs, le cortex insulaire, cette zone du cerveau qui se replie sur elle même depuis les lobes pariétaux vers les lobes temporaux, a aussi un rôle à jouer dans l'addiction, comme je le démontrerai plus loin, à la fois sur le plan bibliographique, mais aussi sur le plan de la réflexologie auriculaire.

Un point sur les neurotransmetteurs : la liste qui suit est très loin d'être exhaustive. Je l'ai rédigée pour son intérêt qu'elle présente avec le traitement de certains points d'auriculothérapie.

Histamine : actuellement en perte de vitesse sur le plan des études scientifiques ! Et pourtant ! En concentration importante principalement dans l'hypothalamus et l'hippocampe, et cible initiale des tous premiers anti-psychotiques (voir à ce sujet les travaux de Halpern, Laborit, Bauvet, et Carpentier (Pr Philippe Even, 2018) , et des suivants. Tout comme la sérotonine, elle est présente dans les basophiles-mastocytes (pour ma part il s'agit de deux termes désignant la même cellule à des âges différents)

Dopamine : agirait sur le « système de récompense » , en l'activant ou l'inhibant. Cardiotonique et vasoconstricteur périphérique (sauf rénal). Système sympathique principalement

Adrénaline et noradrénaline(médullo surrénale) : modulerait le sens de l'information (plaisir, dégoût, neutre). « Flight or fight system », elle répondrait au stress de manière binaire. Système sympathique principalement

GABA/Glutamate : la première relaxe, la seconde excite le système nerveux. A noter que la seconde est aux enterocytes ce que le butyrate est aux colonocytes.

Acétylcholine : cardio freinatrice et vasodilatatrice (inverse sur les viscères), elle forme un couple dichotomique avec l'Adrénaline et noradrénaline (elles mêmes issues de la Dopamine). Elle participerait aux fonctions de mémoire et d'apprentissage. Système para-sympathique principalement

Sérotonine :favoriserait la conscience du « bonheur » ou du « confort » et limiterait la prise de risque (rôle plutôt dévolu à la Dopamine). Elle est le précurseur de la mélatonine, neuro-hormone du cycle « veille-sommeil » (notamment). Son rôle dans l'humeur me semble avoir été exagéré par la pression commerciale des laboratoires. « prozac, la pilule du bonheur » est à classer dans « Aye pepito » et autres slogans racolleurs. Je rappelle que la sérotonine est un puissant vasoconstricteur qui est présent en majorité dans les basophiles.....Rien que ce point devrait permettre d'éviter aux scientifiques que nous prétendons être de glisser vers certains raccourcis.....

BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor) est un facteur de croissance (une neurotrophine), qui serait impliquée dans l'apprentissage et la mémoire, par la production de nouvelles « connexions neuronales », mais serait aussi impliquée dans les phénomènes d'addiction.....

Physiopathologie des mécanismes de l'addiction :

La grande mode actuelle est celle du « circuit de la récompense », sorte de complexe neuroendocrinien aux multiples feed-back. C'est lui le coupable !- ou plutôt « ce serait peut être lui »... ?

En réalité, on en est revenu, et les choses ne sont pas aussi simples que ça. On ne peut pas tout expliquer de la même façon, selon les objets de l'addiction.(Nutt, Lingford-Hughes, Erritzoe, & Stokes, 2015)Alcool et stupéfiants augmenteraient bien les taux de Dopamine, mais probablement

pas le cannabis ou les opioïdes. De plus , la disponibilité des récepteurs à la Dopamine du striatum ET la libération de Dopamine sont moins importants chez les alcooliques et les dépendants aux drogues stimulantes, ce qui n'est pas le cas chez ceux qui ont une dépendance aux opiacés, au cannabis ou au tabac.....

Avec tout ça on n'a pas encore bien avancé. Les deux fléaux (alcool, tabac) du siècle passé n'ont pas cessés de mutiler et tuer, que voilà le cannabis qui entre en scène.....

Sur le plan comportemental, plusieurs déterminants peuvent être évoqués, tant sur le plan des facteurs causales (mode d'entrée dans une addiction) que des facteurs de maintien dans l'addiction :

Aux trois modèles communs : **la recherche de nouveauté** (par intolérance à l'ennui ? surtout pour l'initiation du tabagisme), **l'extraversion**, **la recherche de sensations** (attirait pour les conduites à risque ou le danger, que nos sociétés modernes promeuvent très largement.....), pourrait s'ajouter un 4ème : **la régulation des émotions** (Khandjian : action anti- « colère, rage, violence », action « structurante » sur la confusion envers leurs émotions de certaines personnalités (auto médication (Khantzian, 2013), Khandzian ; rapport public : « La conduite addictive permettrait alors, dans l'alternance d'états de détresse émotionnelle et de soulagement de cette détresse, la compréhension et la maîtrise de ses émotions »)

La neuro-physio-toxicologie du tabagisme est cependant assez étudiée. Pour être honnête, les données à ce sujet ne couvrent pas la multitude des composés chimiques d'une cigarette, mais nous donnent un aperçu évocateur de son pouvoir attractif.

La nicotine est impliquée dans la libération de plusieurs neurotransmetteurs, incluant la dopamine, mais aussi le gaba, la sérotonine, la noradrénaline, l'acétylcholine, et inhibe également la mono-oxydase (qui va dégrader la sérotonine, la dopamine et la noradrénaline). **(Quattrochi, Baird, & Yurgelun-Todd, 2000)**

C'est pourquoi on peut clairement assimiler, dans les faits, la nicotine, à un anti - dépresseur.....et , un « psycho-socialiseur »

Mais pourquoi « tabac un jour, tabac toujours » ?

La Cotinine (qu'on retrouve dans la fumée de la cigarette, métabolite de la nicotine, identique à la nicotine pour les effets sur le système nerveux, mais aurait des propriétés opposés sur le plan cardio vasculaire (?), et la nornicotine interviennent dans la glycation des protéines nobles, (Takahashi et al., 2010).

La nicotine augmente le débit sanguin cérébral et le métabolisme dans les régions du cerveau riches en récepteurs... « nicotiques » ! (attention , mémoire, visuo-motricité (?), dépendance. (rapport public 2004).

L' « harmane pas très harmonisante ».....parmi les centaines de composés de la cigarette, l'Harmane, un alcaloïde végétal, est inhibiteur de la mono amine oxydase (celle qui dégrade sérotonine, dopamine, et noradrénaline), c'est le deuxième « effet kiss-cool » du tabac, et sans doute pas le dernier. « les administrations répétées d'harmane apparaissent avoir des effets inhibiteurs cumulatifs »(rapport public) , et cette étude sur les rats le confirmerait.(Goodwin et al., 2015)

Enfin, il existe indéniablement une sensibilité individuelle à la nicotine qui entraîne certains vers la dépendance et qui en laisse d'autres vers l'indifférence. « on n'est pas égaux »..... !

La toxicité du tabagisme, sur le plan physiopathologique, peut se résumer à :

-celle du monoxyde de carbone, dont l'affinité pour l'hémoglobine est plus élevée que l'oxygène, entraînant hypoxie tissulaire.

-celle des modifications de l'agrégation plaquettaire, dont le résultat est l'athérosclérose (et non l'artériosclérose)

-celles des modifications de la réponse immunitaire au niveau de la paroi des vaisseaux (artériosclérose et artérite)

-celle de la glycation des protéines nobles (cf plus haut)

-enfin, celle de son pouvoir oncogène.

Les connaissances toxicologiques et neurophysiopathologiques concernant l'alcoolisme sont les suivantes :

-la toxicité de l'alcool débute au niveau cellulaire, directement, par la formation d'acétaldéhyde, poison cellulaire, par son action sur les métabolismes de la mitochondrie notamment, par une déviation des métabolismes lipidiques, par une action de peroxydation directe des lipides de la membrane cellulaire veineuse par accumulation (?) au niveau hépatique (et pouvant expliquer la dégradation du système porte?)(Bruno Bour MD, 2000)

-la carence en vitamines du groupe B est le corollaire de l'alcoolisme chronique. Le fameux syndrome de Korsakoff-Wernicke (triade ophtalmoplégie-paralysie-démence) me semble être une étape de la carence en B1, dans le cadre d'un continuum carentiel, depuis la carence asymptomatique jusqu'au Korsakoff, en passant par Marchiafava Bignami, tous évocateurs du Béri-béri (polynévrite-démence-fonte musculaire).

-l'atrophie du cerveau est sans doute lié à un typo-métabolisme chronique bien avant l'atrophie corticale anatomique. En effet, les IRM fonctionnelles sur un sujet alcoolique sans signe neurologiques, montrent un hypo-métabolisme médio-frontal, bien que l'atrophie corticale anatomique soit modérée.(Martinot, n.d.)

-Depuis l'arrivée du Baclofène comme moyen de tempérer , voire d'arrêter l'alcoolisation chronique, il semble que des voies métaboliques sur lesquelles agit l'alcool aient été méconnues, au moins dans leur prise en charge sur le plan thérapeutique. C'est le cas de l'axe Hypothalamo-hypophyso-surrénalien : il existe manifestement un déséquilibre de cet axe par l'alcoolisme

chronique (taux d'ACTH en hausse constante, et probable épuisement surrénalien consécutif chronique) que le Baclofène ré-équilibre. (Geisel, Schlemm, Hellweg, Wiedemann, & Müller, 2018)

Tout le système endocrinien est impacté par l'alcoolisme chronique. (Rachdaoui & Sarkar, 2017)

-Perturbation de la flore microbienne

Au final, une équation peut être proposée comme suit, sans pour autant être exhaustive:

Alcoolisme=carences nutritionnelles+atrophie cérébrale+dégénérescence endocrinienne+métamorphose vasculaire et hépatique (stéatose, varices œsophagiennes,)

Les connaissances concernant la toxicologie et la neurophysiopathologie du cannabis sont en pleine explosion. J'ai tenté de rédiger une synthèse ci dessous en m'aidant du travail du Pr Debré et du Pr Even. (Pr Philippe Even, 2018)

Le cannabis agirait par inhibition de l'adényl-cyclase au niveau cellulaire. Les récepteurs aux THC (tétra hydro cannabinoïde) seraient omniprésents et il est probable qu'aucune cellule n'en soit exempte.

L'adényl-cyclase est la cible du récepteur aux neurotransmetteurs, au niveau cellulaire. De son activation, ou de son inactivation dépendent les cascades chimiques au niveau cellulaire, déterminées par la « direction » du messages nerveux. Ainsi, les récepteurs au THC peuvent à loisir influencer en positif ou négatif au niveau cellulaire cible, un ordre nerveux central donné. Cette extrême labilité d'action rend les études toutes contradictoires en apparence, et les effets du cannabis peuvent être synthétisés en couples dichotomiques d'action. Tantôt anxiolytique, tantôt l'inverse, tantôt soporifique, tantôt favorisant l'éveil, etc, etc....

Par ailleurs le corps dispose (ou synthétise) d'endocannabinoïdes (qui sont au cannabis ce que nos endorphines sont aux dérivés de l'opium). Et ces endocannabinoïdes disposent d'un modulateur naturel. Les FAAH : Fatty Acids Amids Hydrolases : ou hydrolyseurs d'acides gras amidés). Ces derniers peuvent, à loisir, réguler le taux d'endocannabinoïdes pour moduler une commande nerveuse centrale.

Ces FAAH ne sont pas actives sur le THC. En inhibant les FAAH et en utilisant le cannabis dans un but thérapeutique, l'horizon de trouver là une molécule aux propriétés multiples (le rêve américain de la « one-pill » ?) s'est imposé aux laboratoires pour détrôner la morphine, les anti-épileptiques, les neuroleptiques, les anti déprimeurs, les anxiolytiques, les thymo-régulateurs, les antalgiques, les somnifères et même les anti-diabétiques ou les médicaments agissant sur la faim,..... (Pr Philippe Even, 2018)

4- Etudes Fondamentales Préliminaires

Dans mon expérience, et selon ma réflexion, et aussi bien avant ma connaissance et pratique de l'auriculothérapie que maintenant, il est illusoire de compter sur une seule séance pour « régler le problème à vie ». Par ailleurs, cette attitude introduit implicitement une notion de performance. Et la crainte d'échouer peut être une raison valable de ne pas expérimenter cette forme de soin. Je reparlerai plus loin de cette notion de « performance ». Elle me semble soutenir une certaine démarche propre au toxicomane ou au dopé, et que Kandzian avait associé à une forme d'automédication. Bien qu'il en parle à propos de l'humeur, l'auto-médication est fréquente chez le dopé, précisément pour la performance. Et mes patients fumeurs admettent clairement être plus productifs en fumant que sans fumer. C'est pourquoi, à mon avis, cette formulation d'un traitement « one-shot » ne peut donc qu'être contre-productive sur le long terme.

Détection des points du pavillon auriculaire à l'aide du Modulo 100. Utilisation du RAC de Nogier pour déterminer la stimulation de certains points, selon mon expérience et mes connaissances acquises depuis ces 4 dernières années auprès de Raphaël Nogier, des enseignements du GLEM, de mes échanges avec Bernard Leclerc, Didier Chadefaux, et mon étude des ouvrages de Paul et Raphaël Nogier, Yves Rouxville, le Memento de Bernard Leclerc, les annales du GLEM, et j'en oublie.....

Pour des raisons évidentes d'hygiène, et ma peur de l'infection plus que potentielle avec la pose d'aiguilles semi permanentes, malgré toute la rigueur liée à leur pose, chez une population de patients dont l'hygiène personnelle n'est pas forcément, ni régulière, ni constante ; j'ai opté, dans ce travail, pour la stimulation électrique fréquentielle.

Lors d'une séance d'auriculothérapie, je vérifie tous les points correspondant aux centres nerveux impliqués. Depuis le noyau accumbens jusqu'au Locus Caeruleus, en passant par le Raphé, et l'épiphyse.

Pourquoi tous les points?

Premièrement parce que le screening du pavillon auriculaire fait partie de ma routine.

Deuxièmement car le fonctionnement du cerveau ne réponds pas à une loi binaire « cause-effet », sauf exceptions. La complexité de sa physiologie, malgré l'apport des neurosciences, et s'exprimant par des boucles de rétro contrôle complexes, notamment, mais aussi par des structures organiques ou chimiques tour à tour inhibitrices ou facilitatrices ne permet pas d'en assurer une manipulation « scientifique ».

Et c'est Heureux ! Que pensez d'un tableau de bord, où qu'il se trouve sur le corps, qui permettrait de piloter un être humain à sa place ?

Ces observations cliniques sont issues de mon activité libérale depuis trois ans sur Lyon et de mon activité professionnelle au sein du centre d'addictologie de la SAM des Alpes à Vienne.

- Dans presque toutes les observations des patients, la détection auriculaire des points du SNA est positive. Soit l'hypothalamus antérieur, soit l'hypothalamus postérieur. Le RAC est

souvent déséquilibré d'un côté par rapport à un autre. Autrement dit, il est souvent positif d'un côté et négatif de l'autre, quel que soit l'hypothalamus en question.

- Il semble que l'équilibre du RAC entre la droite et la gauche prélude à un équilibre vis à vis de l'addiction en cause, ou en soit son corollaire. Et, par conséquent, un outil de suivi.
- Le point du rhinencéphale est souvent très facilement détectable chez les patients qui admettent aimer le « goût » du produit auquel ils sont attachés. Sa stimulation en haute fréquence sur 30 secondes semblent donner des résultats positifs rapides, dont la durée ne me paraît pas encore bien évidente à prédire (si toutefois elle puisse l'être)
- certains points de l'hémiconque inférieure, dans la région délimitée par une bande reliant l'orifice auriculaire et le pont tragus-anti-tragus, sont souvent en baisse d'impédance. La première région, la plus proche du pont tragus-anti-tragus a déjà été évoqué comme étant un point de rumination (Fossion, 2007)

Mon expérience le confirme Je n'hésite plus à le détecter de manière systématique, et à le stimuler en haute fréquence.

- les points du cortisol, ACTH sont presque toujours détectables, en baisse d'impédance, chez les patients alcooliques chroniques. Souvent le shen men du côté opposé est détectable et sensible aux hautes fréquences (avec un effet positif et parfois immédiat sur l'anxiété ou l'angoisse)
- le point du parasympathique des membres inférieurs (selon la terminologie Française), doit correspondre au point de Frustration des études publiées sur pubmed (?), mais je n'en suis pas certain (cela pourrait bien correspondre au point de Jérôme Bosh). Toutefois, il est détectable très souvent. Je le traite en balayage fréquentiel, car, s'il représente réellement un point de frustration, il mérite d'être pris en compte dans une problématique addictive, que ce soit pour un sevrage ou au cours d'une consommation chronique ! De plus, il est douloureux presque toujours au balayage fréquentiel.
- Le point du sympathique pelvien (dans la conque) au niveau du mur ou de l'avant-mur est presque systématique dans l'alcoolisme chronique (comme l'évoque R. Nogier). Je le stimule en balayage fréquentiel.
- Un patient alcoolisé avant la consultation rend ses pavillons auriculaires quasi muets.
- L'inverse est vérifiable au quotidien !
- Pourquoi ne pas utiliser le point du mésonéphros pour accélérer la détoxification ? Je le fais assez souvent en début de prise en charge pour l'alcool. Pas de retours particuliers pour l'instant (fin 2019)
- Le point des amygdales est presque incontournable. Douloureux à la stimulation électrique, et presque toujours détectable.
- certains points de la ligne des sons méritent d'être explorés, car il permettent de trouver le point de bordure. Souvent lorsque le point de bordure n'est pas détectable là où on nous le propose d'habitude sur les cartographies (comme le point de l'envie pour l'alcoolisme), cette stratégie de rechercher le point sur la ligne des sons, puis de tracer une ligne droite passant par le point zéro , le point détecté de la ligne des sons, jusqu'à la bordure du lobe permet, presque à tous les coups de détecter le point de bordure. S'agit il toutefois du bon (celui de l'envie) ? Je ne pense pas. Il m'arrive de trouver des points de bordure dont l'axe ne passe pas par la ligne des sons, chez certaines personnes en cours d'abstinence. Ces points sont toujours détectables par la pointe du critérium (noir).....Je rappelle ici que Paul Nogier proposait un programme « classique » pour le tabagisme qui consistait à ne piquer que les points de bordure (pour le tabagisme) (Introduction pratique à l'Auriculothérapie, page 145, *référence à vérifier au GLEM, je n'ai pas noté le titre du livre lors de mon photo copiage*)

- la stimulation en HF du point shen men du poignet gauche (chez un droitier) est simple et le point shen men 7C est très souvent détectable au modulo, chez les alcooliques et les cannabinomanes.
- Les points shen mai (62V) et zhong hai (6Rn), respectivement les points Maîtres du yang quao mai (orgueil, mouvement bloqué dans l'enseignement du Dr Mestrallet) et du Yin Quao mai (désespoir dans le même enseignement) mériteraient d'être explorés au détecteur de manière plus systématique. Pourquoi pas les 8 points clés (Fa) des 8 points merveilleux ?

A ma routine d'auriculothérapie personnelle que j'applique aux patients souffrant d'addiction, j'ai joint une routine d'exploration des pavillons auriculaires avec le VAS et la pointe d'un critérium. (=screening des pavillons)

Puis, j'ai adopté un troisième mode de prise en charge, tout aussi global que le premier, mais incluant le protocole de traitement du stress « post -traumatique », décrit par Daniel Asis.

La première routine est celle que j'ai adoptée depuis 2013 :

- exploration et traitement éventuel :
- des points des bordures par le détecteur différentiel
- du système nerveux autonome par l'éclairage et l'étude du VAS
- d'un éventuel syndrome de la première côte.
- des points de la conque : foie à droite, estomac, pancréas à gauche, et leur point de bordure, selon la technique des rayons de Nogier.
- des points de cortisol (acth 1 et acth2 selon la terminologie de Rouxville)
- des points d'élimination (mésonephros 2 selon la terminologie de Leclerc)
- des points de rythme biologique et des fonctions réflexes sous corticales : Épiphyse (trois points), bosh, mémoire, Bourdiol, émotions, ligne des sons, peur (amygdales), thalamus, hypothalamus)
- des points d'immunité et d'allergie. (dont la détection peut m'amener à faire une enquête d'allergie alimentaire)
- des points de stress : point 0, shen men, rhinencéphale
- des points endocrines : hypophyse, tsh, corticosurrénale, médullosurrénale, pancréas, testis, ovaire, thyroïde, thymus)
- des points du SNA (Point maître sympathique, CBA, CBP, chaîne sympathique, selon la terminologie de Leclerc)
- des points des circuits antalgiques (point maître de la réticulée, point maîtres sensoriel, thalamus)
- points « corticaux » de bordure. Selon la technique des rayons de Nogier.

Cette première routine devient souvent inadaptée lorsqu'un patient prend un psychotrope régulièrement. Ce qui est souvent le cas chez les patients « poly-addictes ». Les pavillons sont alors souvent muets à la détection électrique. Deux options s'offrent à moi :

- la première, d'explorer systématiquement les points zéro, shen men controlatéral à la latéralité, et le point des ATM (ou des amygdales cérébrales), en montant le seuil de détection du détecteur.
- la deuxième, d'explorer le pavillon auriculaire à la pointe du critérium en prenant le VAS. Cette pratique a un intérêt probable dans la détection du « point d'envie », comme je l'évoquerai plus loin.

Enfin, suite à une conversation avec Diana Bittner, j'ai intégré le protocole Asis post traumatique, de deux manières différentes :

-soit après l'échec des deux premières approches
-soit en l'utilisant comme préambule dans tous les cas où un événement traumatique a été initiateur de l'addiction.

Je me suis donc proposé trois approches distinctes mais complémentaires :

-la première : routine de détection électrique et de stimulation par fréquences

-la deuxième : routine de détection au RAC VAS, avec confirmation par détection électrique et stimulation par fréquences.

-la troisième : le protocole de Daniel Asis comme préambule lorsqu'un événement traumatique a été clairement l'initiateur de l'addiction.

Avec 6 mois de recul, il apparaît presque impossible de pratiquer le protocole de Daniel Asis comme préambule. Les événements traumatiques ayant prélué à l'alcoolisme chronique ou à une autre forme d'addiction sont parfois l'objet d'une « boîte de Pandore », comme disent les psychiatres, que l'intéressé ne souhaite pas spécialement aborder. On se doit de le respecter .
« primum non nocere ».

Par ailleurs, j'ai eu l'occasion, à quelques reprises, sur des alcoolismes particulièrement importants et anciens, d'avoir affaire à des pavillons muets au détecteur. La prise du VAS-RAC , quelques rares fois, ne permet pas non plus d'avoir une réaction. « Silence total ».

Dans ces conditions, j'interroge le patient alors même que je cherche à détecter un point sur la ligne des sons. Et jusqu'à présent, c'est la « pêche miraculeuse ». Un point sur cette zone devient détectable.

Il est difficile de standardiser ma façon de procéder à ce moment. Si je ressens moi même une certaine capacité à être « à l'aise » avec cette évocation chez le patient, je démarre un protocole Daniel Asis (lumière jaune). Sinon, et surtout si c'est une première consultation, je me contente d'une routine d'auriculothérapie fréquentielle qui a le mérite de détendre le patient et d'envisager une adhésion à un projet de soin sur le long terme.

Un point sur les « barrages » en auriculothérapie : les foyers dentaires, la première côte et les cicatrices toxiques. Ces deux derniers sont assez simples à dépister en routine. Les premiers (foyers dentaires), par contre, sont endémiques dans la population qui consulte au centre d'addictologie. En effet, 85 % de la patientèle est issue de la classe moyenne voire très clairement issue du milieu le plus précaire de notre société : la rue. Il est illusoire d'envisager des soins dentaires rapides et adaptés pour cette population compte tenu des circonstances. On fait comme le système social nous le permet.

5-Objectifs de ce travail

Apprécier l'apport de l'Auriculothérapie comme mode de soin complémentaire dans la prise en charge globale d'une addiction à l'alcool, ou au tabac, ou au cannabis.

6-méthodologie : Protocole Thérapeutique

Technique : screening électrique ou au RAC + routine 1+ ou- protocole Asis (cf chapitre 4). Une séance minimum par semaine le premier mois, puis une séance par mois sans limitation de durée.

Choix des patients : 5 patients alcoolo dépendants, 5 patients tabaco-dépendants, 3 patients cannabino-dépendant, sans distinction de sexe, mais ayant un suivi multi-disciplinaire au sein du Centre de Soins et d'Accompagnement des Patients souffrant d'Addiction.

Critères retenus pour évaluer l'addiction : Présence de 5 critères : dépendance psychologique (la **fonction** du produit), dépendance physique (syndrome de manque), compulsions élevées, impact socio-familial et/ou professionnel, seuil de tolérance élevé.

Contrôles : fin de séances, à M1, M2, M3 M6.

Expression des résultats :

-pour l'alcoolo dépendance : Très bon : pas de rechute à M6, retour à l'emploi, amélioration des paramètres biologiques, abstinence, accompagnement au sevrage efficace (réduction du score de Cushman, adhésion pérenne dans le temps à un suivi régulier) , projet de cure ou projet de vie cadré, traitement par psychotrope néant.

Bon : Rechute à M3, retour à l'emploi, abstinence ou tempérance, accompagnement au sevrage efficace (réduction du score de Cushman, adhésion pérenne dans le temps à un suivi régulier), échec du projet de cure ou du projet de vie, traitement psychotrope à moins de 3 spécialités allopathiques.

Mauvais : rechutes multiples dans les 6 mois, pas de retour à l'emploi, accompagnement au sevrage inefficace (pas de réduction du score de Cushman, adhésion pérenne dans le temps à un suivi régulier), échec du projet de cure ou du projet de vie, traitement psychotrope supérieur à trois spécialités allopathiques.

-pour la tabaco dépendance : Très bon : apaisement des signes de manque au cours du premier mois, pas de rechute à M6.

Bon : apaisement des signes de manque au cours du premier mois, rechute à M3.

Mauvais : apaisement des signes de manque mais rechutes rapides systématiques.

-pour la cannabino dépendance : très bon : apaisement des signes de manque dès la première séance et durable à M6, projet de vie réinvestit.

Bon : apaisement des signes de manque au cours du premier mois, rechutes itératives à M3, projet de vie réinvestit.

Mauvais : apaisement des signes de manque, rechutes rapides systématiques et absence de ré-investissement dans un projet de vie.

7-Observations : Cas Cliniques

Alcool-dépendance

Mr P. H., gaucher, groupe sanguin 0

ATCDS

médico chirurgicale Hépatite C traitée, HTA,

allergie : rhume des foins de début d'été

traitement en cours : XEROQUEL 300 mg par jour

VERAPAMIL 240 deux par jour

TOCO 500 un par jour

Addiction : consomme 15 bières par jour + des alcools forts (whisky)

Evolution sous Auriculothérapie

1ère séance : 07/05/2019 (pavillons silencieux, « point d'entrée » par RAC sur cicatrice hépatique droite et ω' à gauche)

2ème séance 21/05/2019

3ème séance 27/05/2019

4ème séance = à un mois 20/06/2019 (réduction de XEROQUEL à 50 mg par jour)

à 2 mois 08/07/2019

à 3 mois pas d'auriculothérapie. Après une période d'oscillation entre des épisodes de consommation et des épisodes d'abstinence, abstinence totale et durable jusqu'à ce jour (23/11/2019) à partir du 03/09/2019

à 6 mois pas d'auriculothérapie

Résultats : Bon à Très bon.

MR S.T, gaucher de la main, de l'œil et du pied

ATCDS

médico chirurgicale : hernie inguinale droite, appendicite, traumatisme
allergie non connue
traitement en cours néant

Addiction : 3 litres de bières par jour. Baclofène débuté le 01/03/2019, mal toléré au départ, tempérance jusqu'au 18/03/2019, rechute 3 litre par jour, et du 26/03 au 30/03 abstinence totale, puis rechute à trois bières par jour.

Evolution sous Auriculothérapie

1ère séance 18/04/2019 réduction à une à deux bières par jour, augmentation du Baclofène

2ème séance 29/04/2019 rechute 3l par jour depuis 4 jours

3ème séance pas d'auriculothérapie car abstinent

4ème séance = à un mois 06/06/2019 abstinent

à 2 mois abstinent (le 11/07/2019 deux mois complet d'abstinence : décide de stopper la cigarette.
Cf cas cliniques de tabaco dépendance)

à 3 mois abstinent

à 6 mois abstinent

Résultats : Bon à très bon.

Mr D C

ATCDS

médico chirurgicale Ulcère GD, RGO, Hypothyroïdie

allergie non connue

traitement en cours LEVOTHYROX

PANTOPRAZOLE

Addiction : 5 à 7 verres d'alcool (Pastis) chaque soir.

Evolution sous Auriculothérapie

1ère séance 15/10/2018. Début Kudzu , Probiotique, Complément vitaminé groupe B et

Magnésium, Cuprum Metallicum et Agaricus au long cours)

2ème séance 29/10/2018 (Cuprum+phosphoric acidum devant des troubles de concentrations et des spasmes)

3ème séance pas de séance, gros progrès sur la tempérance, envisage l'abstinence.

4ème séance = à un mois 12/11/2018 (picricum acidum et Agaricus)

à 2 mois 07/01/2019 abstinence atteinte

à 3 mois 28/01/2019 abstinent

à 6 mois 20/05/2019 abstinent

Résultats : Bon à Très bon.

Mr L.B

ATCDS

médico chirurgicale spinocellulaire, cancer prostate opéré, Asthme, HTA, et PTH bilatérale.
Allergie aux graminés, poussière, oedème de Quincke, eczéma allergique.
traitement en cours IPERTEN 20 un le matin
FLUDEX un le matin

Addiction : consomme 4 à 5 verres apéritifs par jour + un demi litre de vin par jour.

Evolution sous Auriculothérapie

1ère séance 26/03/2019, débute Kudzu, Complément vitaminé et Magnésium, Vitamine D,
probiotique

2ème séance pas de séance

3ème séance 16/04/2019

4ème séance = à un mois pas de séance abstinent la semaine, et conserve un alcool dopant et aux
contrariétés.

à 2 mois pas de séance

à 3 mois 04/06/2019

à 6 mois 05/08/2019 Statu quo : abstinent dans la semaine, et consomme aux contrariétés ou pour le
doping.

Résultats : Bon

Mr B T

ATCDS

médico chirurgicale 3 pancréatites alcooliques, nombreuses cures, fracture malaire gauche
allergie non connue

traitement en cours SERESTA 50 un matin midi et soir

SERTRALINE un le matin

Addiction : 3,5 litres de bières par jour

Evolution sous Auriculothérapie

1ère séance 26/03/2019 débute un cp de Baclofène par jour

2ème séance 08/04/2019 a réduit à 3 bières par jour (soit un litre et demi par jour)

3ème séance 29/04/2019 abstinent depuis 8 jours. Pavillons auriculaires muets. « Points d'entrée »
au RAC Frustration à gauche, Envie à droite, et TSH à droite.

4ème séance = à un mois pas de séance

à 2 mois 23/05/2019 rechute à 3 litres par jour, part en sevrage hospitalier sur 5 jours. Au retour,
attaque KUDZU (que je lui offre. Condition sociale précaire), VALIUM remplace SERESTA, et je
recharge en Acide Folique.

à 3 mois 06/08/2019 consomme 2-3 bières par jour , mais tempérance atteinte et plus de syndrome
de manque.

à 6 mois 14/09/2019 Abstinence atteinte depuis fin du mois d'août et maintenue au 26/09/2019

Résultats : Bon

Tabac-dépendance

Mr S.T, gaucher de la main, de l'œil et du pied

ATCDS

médico chirurgicale : hernie inguinale droite, appendicite, traumato

allergie non connue

traitement en cours néant

Addiction :15 cigarettes par jour, Test de Fagerstrôm à 7 (dépendance forte)

Evolution sous Auriculothérapie

1ère séance 04/07/2019, s'impose un sevrage total avec Patch à 14mg/24h de Nicotine

2ème séance 14/07/2019 les signes de manques sont variables selon les séances et je compte

beaucoup sur l'interrogatoire pour aller explorer, par le Modulo , les points correspondants a priori.

3ème séance 23/07/2019 toujours abstinent de tabac, et se sépare progressivement des patchs de Nicotine qu'il admet même oublier certains jours.

4ème séance = à un mois 30/07/2019

N'utilise plus les patchs.

à 2 mois 12/ 08/2019

à 3 mois 20/10/2019

à 6 mois 29/10/2019 toujours abstinent de tabac.

Résultats : Très Bon.

Mme PH. B Groupe sanguin A

ATCDS

médico chirurgicale : troubles veineux (coiffeuse de profession), appendicite, migraine,

Pneumopathie juin 2019

allergie multiple : Kiwi, Banane, Crevette, Chien, Graminés, Herbacés, Bouleau, Acarien,

Moisissure, Noisette,

traitement en cours : SERETIDE et XYZAAL

Addiction : Tabac un paquet par jour stoppé le 26/08/2019, soit une semaine avant la première séance d'auriculothérapie. Fagerstrom à 6 (dépendance moyenne)

Evolution sous Auriculothérapie

1ère séance 03/09/2019

2ème séance 16/09/2019

3ème séance 23/09/2019

4ème séance = à un mois 08/10/2019

à 2 mois 12/11/2019

Toujours abstinente à ce jour le 24/11/2019

à 3 mois

à 6 mois : abstinente

Résultats : Très bon

Mme V. A

ATCDS

médico chirurgicale : eczema, schizophrénie

allergie : propolis

traitement en cours XEPLION LP 100 mg une IM par mois.

DEROXAT TROIS cp par jour

SERESTA 50 3 cp par jour

THERALENE 5mg 3 cp par jour

Addiction : un paquet par jour. Fagerstrom 9 (dépendance très forte)

Evolution sous Auriculothérapie

1ère séance 13/11/2018

2ème séance 10/11/2018 Ces 15 premiers jours sont marqués par une réduction de la consommation de tabac.

3ème séance 27/11/2018. Reprends sa consommation à un paquet par jour.

4ème séance = à un mois 11/12/2018

à 2 mois 22/01/2019

à 3 mois pas de séance d'auriculothérapie. A réduit sa consommation à 10 cigarettes en moyenne par jour et s'achète des cigarettes « plus légères », et son psychiatre a modifié le traitement SERESTA 10 3 cp par jour (au lieu de SERESTA 50 3 cp par jour), THERALENE 2cp par jour (au lieu de 3 cp par jour), et augmentation du XEPLION 150mg une IM par mois (au lieu de 100mg une IM par mois)

à 6 mois 04/03/2019. Reprise de sa consommation initiale à un paquet par jour

Résultats : Mauvais

Mr L.B

ATCDS

médico chirurgicale hypertriglycémie, Surpoids, ongle incarné pied gauche
allergie néant
traitement en cours néant

Addiction : au tabac, mais abstinent depuis un mois et une semaine au début de la prise en charge.
Compense énormément par la nourriture (d'où le surpoids) et a du mal à résister à l'appel de la cigarette.....

Evolution sous Auriculothérapie

1ère séance 26/09/2019

2ème séance 14/10/2019

3ème séance perte de poids de 2 kg, est dégoûté du tabac (a fait un test sur une cigarette), a donné du rythme à sa vie, modifié ses habitudes alimentaires.

4ème séance = à un mois pas de séance. n'arrive pas à concilier un rendez vous avec le mien

à 2 mois, appel téléphonique pour dire qu'il est satisfait de ne plus être attiré par la cigarette, et que, pour l'instant, il arrête sa prise en charge par auriculothérapie.

à 3 mois pas de séance

à 6 mois pas de séance

Résultats : cette observation est un peu originale, mais on peut dire modestement, compte tenu du résultat obtenu par le patient et de son attente, que le résultat est bon.

Mr F . S

ATCDS

médico chirurgicale trouble psychique non étiqueté clairement

allergie non connue

traitement en cours ANAFRANYL un par jour

DEROXAT 3 par jour

BROMAZEPAM un par jour

TERCIAN 25 un par jour

Addiction : Tabagisme à 10 cigarettes par jour Fagerstrom à 6 (dépendance moyenne)

Evolution sous Auriculothérapie

1ère séance 17/06/2019, réduction à 3 cigarettes par jour.

2ème séance aucune séance supplémentaire ne sera demandée par le patient. On continu à le voir régulièrement en lui expliquant que lorsqu'il passera à zéro cigarette, on est toujours présent pour lui faire des séances d'auriculothérapie. Pour l'instant il veut tenter de réduire et d'arrêter tout seul.

3ème séance pas d'auriculothérapie

4ème séance = à un mois pas de séance

à 2 mois pas de séance : stoppe ses trois cigarettes par jour et en est fier et content pendant un mois.
Puis rechute à 10 cigarettes par jour.

à 3 mois réduction à 3 cigarettes par jour, toujours sans nouvelle séance.

à 6 mois : toujours à 3 cigarettes par jour.

Résultats : Mauvais.

Cannabino dépendance

Mr F. P

ATCDS

médico chirurgicale Rhume des foies, Dépression atypique, appendicectomie
allergie rhume des foies, acarien, a pratiqué une désensibilisation.

traitement en cours MIRTAZAPINE un par jour

BRINTELLIX 10 un par jour

TERCIAN 50 un par jour

Addiction :cannabis plus de 10 joints par jour.

Evolution sous Auriculothérapie

1ère séance 09/05/2019 pavillons muets. Un RAC sur l'avant mur d'une zone entre C7 et D12 environ. Stimulation en balayage fréquentiel. Puis « ouverture » des autres points, qui deviennent détectables. Séance classique.

2ème séance pas de nouvelle séance. Abstinence totale suite à la séance. « transformation » d'un patient qui était cloîtré, sans plus aucune motivation, en perpétuelle rumination de sa séparation depuis 6 ans, en un patient volontaire, désireux de se « reprendre en main ». Il existe un suivi psychologique de qualité de manière concomitante.

3ème séance pas de nouvelle séance

4ème séance = à un mois pas de séance

à 2 mois pas de séance

à 3 mois pas de séance

à 6 mois pas de séance :

La « deuxième » séance d'auriculothérapie a lieu le 08/10/2019

Revus en consultations à plusieurs reprises,mais espacées. A maintenu son abstinence, et du fait de charges socio professionnelles nouvelles mais gratifiantes utilise un à 2 joints le soir pour se relaxer.

Résultats : Très bon.

Mr J.K

ATCDS

médico chirurgicale HTA, 6 interventions chirurgicales sur le même genou et un autre sur chaque épaule (ancienne passion : le snowboard)
allergie Ambroisie
traitement en cours EXFORGE un par jour

Addiction : Cannabis, plus de 10 joints par jour (mélange de tabac et cannabis roulés)

Evolution sous Auriculothérapie

1ère séance 21/01/2019

2ème séance pas de séance

3ème séance pas de séance

4ème séance = à un mois 19/02/2019

à 2 mois 05/03/2019 et 14/03/2019 : à réduit à 3 joints par jour

à 3 mois 02/05/2019 Du fait d'une bonne expérience il y a 5 ans avec le Champix, j'accepte de le lui prescrire le 08/04 selon le protocole progressif de l'AMM. NB : il trouve trop avoir à lutter simplement avec l'apport de l'auriculothérapie. Stop fumage le 15/04 et reprise le 02/05 juste avant la séance d'auriculothérapie.

à 6 mois : reprise de sa consommation. Consulte pour m'informer qu'il souhaite faire un « break » sur la réduction ou l'abstinence pour le moment. Poursuit son travail psychothérapique.

Résultats : Mauvais.

Mr A. M

ATCDS

médico chirurgicale néant

allergie pas connue

traitement en cours néant

Addiction : 15 joints par jour

Evolution sous Auriculothérapie

1ère séance 22/10/2019

2ème séance 15/11/2019

abstinent, apaisé, ré-insertion socio professionnelle rapide (trouve dans le mouvement des « gilets jaunes » une source d'investissement personnel)

3ème séance Pas de nouvelle séance. Consomme occasionnellement, voire pas du tout, lors de rassemblements « gilets jaunes » alors qu'on fume autour de lui.

4ème séance = à un mois pas de séance

à 2 mois pas de séance abstinent

à 3 mois pas de séance abstinent

à 6 mois pas de séance abstinent, projet de vie ré-investit.

Résultats : Très bon

8-Commentaires et bilans

Avant de rédiger ce travail, il m'a fallu m'immerger dans le monde de l'Addiction en tant que médecin. J'ai compris doucement ce que j'avais intuitivement perçu, quoi qu'imparfaitement, au cours de mes études médicales de premier, deuxième, troisième cycle et au cours de la formation continue. Que le problème est complexe.

Si j'ai choisi d'aborder ce travail autour de plusieurs produits, c'est pour plusieurs raisons :

- une volonté de synthèse, propre à ma personnalité, et sans doute aux vœux de chacun d'entre nous (avoués ou pas) de trouver LA ou LES solutions « radicales ». Radicales car efficaces et indiscutables lorsqu'elle(s) est (sont) présentées aux yeux de nos collègues épidémiologistes, statisticiens, ou confrères pétris dans le conditionnement du remède chimique salvateur. Eh oui, reconnaissons qu'il y a une part de pensée un peu « magique » dans celle du « médicament ».....
- le fait que, très vite, j'ai constaté que l'impact de certains produits sur la santé est différent selon le produit. Différents dans son expression physiopathologique, différents dans ses répercussions psycho sociale, comportementale, et aussi dans son mode de prise en charge.
- l'alcool, le tabac, représentent à mes yeux des drogues dures. Le cannabis reste encore une drogue aux effets inattendus (et imprévisibles...)
- d'autres raisons encore qu'il n'ai pas forcément opportun de rappeler ici.

IL faut bien comprendre, comme je l'ai compris moi même au fil du temps, ce qu'est la réalité d'une prise en charge d'une problématique addictive :

- incertitude du choix du patient vis à vis de sa propre demande. Ambivalence presque inhérente à sa problématique.
- adhésion à un suivi plus que précaire. Combien de rendez-vous sont manqués ! Non-honorés ! Les médecines « alternatives » sont -pour l'instant- un levier puissant pour permettre un suivi régulier et pérenne.
- les patients non répondeurs aux traitements chimiques des addictions sont plus nombreux que ceux/celles qui répondent.
- se sevrer d'un produit n'est pas forcément le souhait du patient. Ni forcément, parfois, la solution la plus saine....(relire la partie UN : définition de l'addiction : à propos de la *fonction* du produit dans la vie du malade)
- que l'alcool et le cannabis, à l'inverse du tabac, sont deux puissants « dé-socialiseurs ». Voilà pourquoi une grille d'évaluation d'une intervention de soin se doit, à mes yeux, de prendre en compte cette dimension. Le retour à l'emploi, à des relations sociales stables et saines, voire à un apaisement des relations familiales (à défaut d'un retour à un idéal qui, dans les faits, manque cruellement dans nos sociétés), sont des critères d'évaluation sur lesquels on ne peut faire l'impasse.
- ces critères constituent un baromètre bien plus fiable que la prétendue consommation alléguée par un patient souffrant d'addiction. Le déni est puissant, surtout pour l'alcool, moins pour le cannabis.
- la dépendance psychologique est en lien étroit avec la *fonction* du produit dans la vie du malade. Peu, voire pas accessible à l'auriculothérapie, elle nécessite un travail psychologique de fond. Sur le long terme, on ne peut en faire l'économie.
- je me répète encore, mais les conséquences nutritionnelles de ces trois produits (alcool, tabac, cannabis), certes différentes, représentent le corollaire de leur consommation (elles en sont une forme de toxicité), et sont inaccessibles à toute forme de réflexologie. A mes yeux, c'est une raison éthique suffisante, qui s'oppose aux essais cliniques présentés comme « gold standard » (double aveugle, randomisé, contre placebo).

Après ces quelques commentaires qui ne me paraissent pas superflues, surtout à une époque où il semble se développer une sorte de compétition malsaine entre des formes de soins qui gagneraient à s'harmoniser en se complétant, plutôt qu'à se comparer en s'opposant, je vais présenter les bilans de ces 13 cas cliniques.

Groupe Alcoolodépendance : Le bilan est globalement positif.

La séance d'auriculothérapie lève souvent la tension physique autant que psychique, qui est chronique chez l'alcoolodépendant.

C'est, à mon avis, la raison première de la compliance obtenue. La seconde peut être aussi l'effet placebo (sur la confiance en soi ? Sur la motivation ?) Par la relative nouveauté de la discipline dans le champ des médecines complémentaires ? La troisième peut être celle qui crée ce qu'on peut nommer une sorte de « fenêtre d'opportunité » : opportunité pour mettre en place un rythme qui manquait avant (que ce soient les repas, le sommeil, l'activité physique ou professionnelle) ; opportunité pour être réceptif aux principes de bon sens sur l'hygiène globale (nutritionnelle et physique) qui peuvent constituer un terreau propice à la mise en œuvre de la volonté du malade ; opportunité pour se relaxer, opportunité pour la réflexion ;

Le syndrome de manque physique au sevrage nocturne est souvent fortement atténué pour ensuite disparaître rapidement au cours des séances, et ce d'autant que le patient réforme, dans le même temps, la qualité de sa vie (nourriture, rythme, stress)

Les séances sont souvent suivies de franches réactions thermiques (souvent frissons transitoires, plus rarement réchauffement) qui témoignent à mon avis d'une régulation du système nerveux autonome.

Dans l'observation numéro 1, on peut noter que le patient décide au bout de 3 mois de s'occuper de sa consommation de tabac (que je n'ai pas mentionnée), ainsi que le fait le malade dans l'observation numéro 2 (dans laquelle je le mentionne). Il n'est pas rare qu'une fois une certaine stabilité vis à vis de l'alcool soit atteinte, les malades (qui ont une double addiction (alcool+tabac)s'occupent alors de leur consommation de tabac. Par ailleurs, toujours pour le cas numéro 1, vous noterez que le patient réduit de lui-même (tout en se faisant suivre par son psychiatre) le XEROQUEL et passe de 300mg à 50mg de manière progressive. Ce cas n'est pas isolé non plus. Si vous notez les doses de Baclofène qui sont prescrites sur ces observations, elles sont ridiculement basses comparativement aux patients chez qui je ne fais pas d'auriculothérapie. Enfin, dans l'observation numéro 5, vous noterez que le Valium va remplacer le Seresta au cours du sevrage hospitalier. J'ignore si on peut imputer cette baisse d'efficacité de la benzodiazépine à l'auriculothérapie, mais, et sur ce cas précis, j'attire votre attention qu'une recharge en vitamine B9 (acide folique) est contemporaine de la sortie du sevrage. Et j'ai souvent constaté combien l'humeur pouvait être dépendante des taux de cette vitamine, et combien l'action des benzodiazépines (et des anti-épileptiques) peut être démoralisante lorsqu'elle est indosable dans le sang. Or, les protocoles de sevrage à l'alcool (qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires) n'incluent que rarement la recharge en acide folique.

Groupe Tabacodépendance : le bilan est mitigé

En effet, j'ai, à dessein, sélectionné des cas cliniques très bons, et d'autres mauvais. On constate que les fortes dépendances à la nicotine, conjuguées à des troubles psychiatriques impliquant un traitement psychotrope conséquent, ne donnent pas de « bons » ou « très bons résultats » à la prise en charge auriculothérapeutique.

Cela apparaît peu dans les observations, mais, comme je l'écrivais dans le chapitre 4, les psychotropes « rendent » les pavillons souvent muets à la détection électrique, et la prise du RAC avec la pointe noire permet de trouver ce que j'ai appelé le « point d'entrée », qui va permettre aux

autres points d'être plus détectables. Ce sont par conséquent des consultations sensiblement plus longues.

Les dépendances moyennes à fortes, sous réserve d'une motivation élevée et d'un étayage socioprofessionnel (et personnel familial ou conjugal), donnent des résultats plutôt « bons » à « très bons ». On dit que le premier mois est le plus difficile. Ce n'est pas toujours le cas, et je dirai que les 3 à 6 premiers mois sont les plus difficiles, et que nos grilles d'évaluation gagneraient à être plus longues. Depuis ce constat, je n'hésite plus à donner des rendez vous plus rapides si le besoin s'en fait sentir, même si nous sommes au-delà du premier mois.

Groupe Cannabinodépendance : le bilan est plutôt positif

Les trois patients que j'ai choisis sont assez représentatifs : lorsque la consommation est faite de cannabis pur, l'auriculothérapie donne des résultats étonnants dès la première séance.

Pas contre, lorsqu'il est mélangé à un autre produit, le résultat est plus incertain (cas clinique du patient sous Champix, qui mélange tabac et cannabis. Je l'écris encore une fois ici : le tabac est une drogue dure !!!)

9-Revue de la littérature

J'ai abordé ce travail de bibliographie par les thématiques suivantes :

1. discussion sur les protocoles de puncture et/ou de stimulation des points auriculaires
2. auriculothérapie et alcool
3. auriculothérapie et tabac
4. auriculothérapie et cocaïne, crack.
5. auriculothérapie et opiacés
6. auriculothérapie et système nerveux autonome
7. détection (voire stimulation électrique) des points auriculaires

NB : je n'ai trouvé aucune étude, à ce jour, concernant l'impact de l'auriculothérapie sur l'addiction au cannabis.

- **A propos des protocoles des études publiées :**

Les protocoles des études scientifiques sont, pour certains sinon pour tous (?), basés sur le protocole NADA (National Acupuncture Détoxification Protocol) :

Ce dernier varie selon les auteurs en ce qui concerne la durée de la séance, et sa fréquence : 45 minutes trois fois par semaine pour certains (Carter, Olshan-Perlmutter, Marx, Martini, & Cairns, 2017), pour d'autres 30 minutes 5 fois par semaine, avec un protocole NADA associé à la puncture du point d'acupuncture du corps Hegu 4GI (Bier, Wilson, Studt, & Shakleton, 2002)

Une méta analyse de 2016, en rapport avec la dépendance au tabac, et comparant la puncture auriculaire avec l'acupuncture, les herbes médicinales, les patch de nicotine, etc...., évoque ainsi des points « endocrine », « pharynx », « larynx », et « inner nose », peu évocateurs pour moi. Par ailleurs les sessions de puncture auriculaire durent 3 à 4 heures dans les études de l'analyse (Jang et al., 2016)

Une étude plus récente (2016) met en évidence un effet positif de l'auriculothérapie sur l'anxiété chez des étudiants passant un examen: ici le protocole de puncture à l'aiguille ressemble encore au protocole nada (shen men, lung, kidney sont communs, mais le point « subcortex » et le point « adrenal gland » me posent un problème d'identification (Klausenitz et al., 2016)

Malgré les propositions de certains auteurs sur les cartographies (Alimi & Chelly, 2018), qui proposent d'ailleurs la lecture en totalité de leur article à 51 dollars sur internet, il suffit de compiler le web pour constater l'absence d'homogénéité pour certains points.....

Encore trois remarques :

-Il me semble exister une confusion au sujet du « point sympathique » : ce dernier semble localisé au niveau de la branche montante de l'hélix (un peu à hauteur et en arrière du « point R ». Selon d'autres cartographies, il serait plutôt le point Maître du Parasympathique des membres inférieurs)

- l'apport du RAC-VAS de Nogier ne semble faire l'objet d'aucune étude depuis 2013, date à laquelle Yves Rouxville et ses collègues publiaient une étude très intéressante à ce sujet (Yves Rouxville, Yunsan Méas, Marc Richmond LeBel, Dalila Trabelsi, Pascal Vidal & Nabil Ezzeddine, Martin Delaplace, 2013)

- peu d'études évoquent la détection électrique des points auriculaires, comme prélude à la puncture, ou comme test diagnostique. Je rajoute que les praticiens utilisent souvent des aiguilles à acupuncture. Il n'est fait mention ni d'aiguilles semi permanentes, ni de stimulation par fréquence. Ce qui n'est pas le cas de certaines études faites sur les nouveaux nés, comme on le verra un peu plus loin.

- **A propos de l'auriculothérapie et de l'alcoolisme :**

L'alcoolisme est-il une maladie qu'on peut soigner par un remède ? En ce qui me concerne, j'aurai tendance à répondre non. C'est bien plus compliqué que ça. Un auteur en 2011 a bien mis en évidence l'intérêt de pouvoir - si toutefois c'était possible - définir une méthodologie fiable pour apprécier l'impact d'une intervention multi disciplinaire comme approche au traitement des addictions (dont l'alcoolisme), et qui, par obligation, ne peut pas être le standard actuel : « double aveugle, placebo, tirage au sort ». Mais cela soulève plus de questions que ça n'apporte de réponse. (Cowan, 2011)

C'est pour cette raison, entre autres, que d'anciennes études, certes encourageantes, méritent d'être critiquées. Ainsi cette étude, déjà lointaine, dont le protocole n'était clairement pas le standard scientifique, puisque basé sur une grille d'évaluation subjective. (Gaa'l & Freebairn, 1979) Mais, même négative, les essais randomisés, double aveugle, contre placebo, lorsqu'ils ne mettent pas en évidence de différence significative (Milton L Bullock et al., 2002) entre une forme de traitement (excluant une autre, c'est le principe même de l'étude), ne devraient pas être décourageantes. Au contraire, je reste convaincu que l'association synergique de plusieurs approches reste plus efficace que l'opposition comparative de deux (ou plusieurs) méthodes de traitement.

Au final, les études « standard » restent assez rares : cette étude de 2003 ne permet pas de conclure à l'efficacité de l'acupuncture auriculaire (vs placebo et vs acupuncture classique), mais la méthodologie évoque l'usage du laser sur des points auriculaires (Trümpler, Oez, Stähli, Brenner, & Jüni, n.d.).

Mais doit-on s'en tenir aux standards des études pour proposer une forme de soin, qui, dans notre expérience, apporte une aide appréciée par le principal intéressé : le malade !? Cette dernière étude, rétrospective, est intéressante pour deux raisons selon moi : la première, c'est qu'elle se situe après le sevrage. Autrement dit, pendant une période d'abstinence prolongée. L'accompagnement par le protocole NADA (encore) est clairement vécu comme positif, et c'est le deuxième point, non des moindres.

(une revue de la bibliographie issue des bases de données scientifique au sujet du protocole NADA : <https://sciencebasedmedicine.org/nada-for-nada-auricular-acupuncture-not-effective-in-addiction-treatment/>)

- **A propos de l'auriculothérapie et du tabagisme**

Les protocoles d'études sont basés sur le protocole NADA. Deux études en particulier, que j'ai citées plus haut : Les points et la durée des séances n'ont que peu de choses à voir avec ce que j'ai étudié au sein du GLEM.(Bier et al., 2002)(Jang et al., 2016)

En 2004, une étude randomisée oppose deux types de protocoles de puncture auriculaire, l'une ressemblant à celle du protocole déjà cité, l'autre à la puncture de points qui n'aurait rien à voir avec l'addiction au tabac. Mais, hélas, pas de détail quant à la durée et la fréquence des séances. Par ailleurs, la détection des points ne semble pas non plus être simplement évoquée. Bref, les conclusions, sont lapidaires : pas de bénéfice significatif de l'un ou l'autre des protocoles.(Wu, Chen, Liu, Lin, & Hwang, 2007)

Une méta analyse de 2014, qui pourrait être intéressante, par la lecture du titre, puisqu'elle se propose de comparer l'« acupuncture de l'oreille », l'« acupressure de l'oreille », et l'« auriculothérapie », démontrant par là même que l'auriculothérapie ne se cantonnerait pas au protocole NADA (sic). Mais l'abstract disponible détaille la méthodologie sans les protocoles, et finit par conclure, laconiquement, l'absence de différences entre les méthodes employées, et que « d'autres études sont nécessaires »(Di et al., 2014)

Le Dr Nogier , en décembre 1974, évoque au moins 5 protocoles différents dans son ouvrage « Introduction Pratique à l'Auriculothérapie ». Les points sont clairement définis. Certes, on ne dispose pas de compte rendu d'études au sens où on l'entend de nos jours, mais l'auteur avance au moins 60 % de bons résultats.(Nogier, n.d.)

Le Dr Marignan, en décembre 1989, évoque un protocole de détection auriculaire basé sur une analyse de la physiopathologie du tabagisme. Les points sont clairement définis. Même remarque. (Marignan, 1989)

- **A propos de l'auriculothérapie et de la cocaïne et du crack :**

Quelques études sont à notre disposition à ce sujet. La suivante ne met pas évidence de supériorité de l'auriculothérapie par rapport au groupe témoin, mais permet de constater une adhérence au projet de soin plus perenne.(Otto, Quinn, & Sung, 1998)

Toutefois les protocoles d'acupuncture auriculaire semblent faire référence à celui du protocole NADA.....Autrement dit, il s'agit de pose d'aiguilles sans détection électrique des points. L'étude qui suit sépare et compare trois groupes : un groupe avec acupuncture auriculaire (protocole?), un autre sans, et un autre avec puncture de « faux » points auriculaires. L'analyse du premier groupe ne permet pas d'en déduire un gain.(M L Bullock, Kiresuk, Pheley, Culliton, & Lenz, 1999).
L'étude suivante est très similaire.(Gates, Smith, & Foxcroft, 2006)

Il apparaît regrettable qu'on n'en sache pas davantage sur les protocoles d'acupuncture auriculaire dans certaines études, et que les détails des modes d'appréciation de l'efficacité de la thérapie soient parfois clairs, et différents d'une étude à l'autre. Ainsi, celle ci infirme l'impact positif de l'acupuncture auriculaire par un test cutané d'appréciation du tonus sympathique post traitement(Killeen et al., 2002), alors que la suivante a recours à des tests urinaires pour déterminer l'impact de la thérapie acupuncturale auriculaire (positive cette fois-çi!)(Avants, Margolin, Holford, & Kosten, n.d.)

- **A propos de l'auriculothérapie et de l'abus d'opiacés**

En 2009, l'hypothèse de départ évoquant un impact de l'acupuncture auriculaire en adjonction d'un traitement substitutif par méthadone n'était pas confirmé.(Bearn et al., 2009)

Une étude de 2013 ne met pas en évidence d'impact de l'acupuncture auriculaire sur la compulsion ou les stratégies pour faire face à l'addiction aux opiacés, même comme adjuvant à la méthadone. Il semble toutefois que l'étude utilise le protocole NADA trois fois par semaine pendant deux mois, 30 minutes à chaque session.(Lua, Talib, & Ismail, 2013)

La même année, une étude conclut à la pertinence de l'acupuncture auriculaire dans l'observance au traitement substitutif par méthadone.(Lua & Talib, n.d.)

Une méta analyse de 2016 , qui balaye toutes les études utilisant le protocole NADA en traitement complémentaire des traitements aux abus d'opiacés, met en évidence le fait que l'acupuncture auriculaire pourrait avoir un impact sur la morbidité.(Baker & Chang, 2016)

Les études faites sur le syndrome d'abstinence néonatal sont bien plus encourageantes (cf plus loin)

- **A propos de l'auriculothérapie et du nerf vague, et des composantes sympathiques et parasympathiques du SNA**

S'il y a un domaine dans lequel l'auriculothérapie donne des résultats positifs sans conteste par des études contre placebo en double aveugle, cela peut être celui du domaine de la stimulation, par le pavillon de l'oreille, du nerf vague, et, par ce biais , du traitement des déséquilibres du système nerveux autonome dans un certains nombres de situations morbides.

En effet, la stimulation de la conque du pavillon auriculaire permet d'apporter un stimulus au nerf vague. La conque est innervée par une branche du nerf X.(Bossy, n.d.)

Une publication mixte Chinoise et Autrichienne de 2015 va jusqu'à conclure à une efficacité équivalente entre la stimulation du nerf vague par l'intermédiaire du pavillon auriculaire à celle-invasive-de la stimulation cervicale du nerf vague, pour des indications comme le diabète, l'hypertension, l'épilepsie et la depression.(Rong et al., 2015)

La suivante, bien que réalisée sur des rats, met en évidence le rôle cicatrisant d'un protocole de traitement par fréquence de la conque du pavillon auriculaire à une fréquence de 25Hz(ce qui pourrait correspondre aux fréquences D et/ou E de Nogier) pendant 45 minutes.(H. Li et al., 2016)

Il faut rajouter que cette technique et ses résultats positifs sont connus-ou au moins ont été étudiés- à plusieurs reprises : une fois en 2003 sur une centaine de patiente en post -hystérectomie versus placebo avec un résultat positif sans conteste (Kim, Kim, & Kim, 2003), et dans une autre étude plus ancienne en 1996 sur une soixantaine de patients versus anti-emetiques chimiques, mettant l'efficacité de la technique de stimulation du pavillon auriculaire au même niveau que celle des agents chimiques(Borozan & Petković, n.d.)

Et encore cette étude de 2008 sur une centaine de patients testant la puncture de l'oreille versus pas de traitement en post-cholecystectomie : les résultats sur la prévention des vomissements post-opératoire, sont clairs et positifs en faveur de l'auriculothérapie employée.(Sahmeddini & Fazelzadeh, 2008)

Il convient toutefois de noter que si la conque est innervée par le nerf vague (parasympathique), ce n'est pas le cas de l'anthélix, qui serait plutôt innervée par un rameau du triumeau, et la stimulation du point shen men, précisément sur l'anthélix, à une fréquence de 1,5Hz (soit équivalent à moins que la fréquence A de Nogier, plus proche finalement de la fréquence U de Nogier : 1,14Hz) réduit la fréquence des nausées et vomissements en post -opératoire(J. Li et al., 2012)

- **A propos de la détection des points auriculaires :**

Trois études récentes ont attiré mon attention.

La première utilise, comme référence visuelle, une cartographie chinoise du pavillon auriculaire, et comme outil de détection, un appareil à détection non différentiel (svesa 1070 preisvergleich). Par conséquent, le nom des points détectés porte à confusion (psychovegetative rim ? Psychic points?). Elle a le mérite tout de même de mettre en évidence une détection différente entre les pavillons des nouveaux nés par voie basse et ceux par césarienne.(Van Amerongen, Blattmann, Kuhn, Surbek, & Nelle, 2008)

La deuxième, a consisté à détecter des points par le silberbauer punktsucher (appareil de détection non différentiel semble-t-il), sur le pavillon de l'oreille des 6 nouveaux nés présentant un syndrome d'abstinence néonatal (les mamans avaient toutes dans leur histoire un problème d'abus de drogues). On peut regretter au moins trois points au sujet de cette étude : primo, que la cartographie à partir de laquelle le repérage des points est fait n'est pas mise à notre connaissance, la deuxième que le détecteur électrique ne soit pas différentiel, et le troisième que , une fois de plus les points portent des noms qui ne me sont pas familiers : en effet que veux dire « points auriculaires psychiques » ? (point de la frustration, point R, aire nasale psychotrope de l'incisure inter-tragienne) (Wolfgang Raith, Kutschera, Müller, & Urlesberger, 2011)

La troisième est globalement assez semblable à la précédente.L'échantillon est plus important (30 nouveaux nés présentant un syndrome de sevrage néonatal), et la détection des points auriculaires est réalisée par un appareil similaire (non différentiel). Le point de la frustration et le point R sont les points les plus fréquemment retrouvés, parmi les points de la région psychovégétative (?), les points somatiques et les points psychiques.....(Kurath-Koller et al., 2016)

Une autre étude de 2015 utilise le laser sur 5 points auriculaires ET sur 4 points du corps, concernant des nouveaux-nés présentant un syndrome d'abstinence néonatal. La durée de la thérapie par opiacés et la durée de l'hospitalisation se trouvent réduites dans le groupe auriculo-

acupuncture associée à la supplémentation opioïde versus le groupe opioïde seul.(W. Raith et al., 2015)

Quelques mots encore sur le sujet : les auteurs sont, pour la majorité, Autrichiens. La détection des points auriculaires chez le nouveau né se fait par un détecteur non différentiel, mais qu'en est il de la stimulation éventuelle ? J'ai trouvé une étude, menée par une équipe Canadienne et Australienne, dans laquelle les points auriculaires sont stimulés par « acupuncture magnétique non invasive », pour gérer la douleur au cours de piqûres du talon pour prise de sang semble t il. Les résultats seraient encourageants(Chen et al., 2017)

Bibliographie

- Alimi, D., & Chelly, J. E. (2018). New Universal Nomenclature in Auriculotherapy. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 24(1), 7–14. <https://doi.org/10.1089/acm.2016.0351>
- Avants, S. K., Margolin, A., Holford, T. R., & Kosten, T. R. (n.d.). A randomized controlled trial of auricular acupuncture for cocaine dependence. *Archives of Internal Medicine*, 160(15), 2305–2312. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10927727>
- Bagnis, J. P. (n.d.). Contribution de l'Auriculothérapie au traitement de la maladie alcoolique. *Sciences et Médecines Nouvelles, Volume 1-N*, 14–15.
- Baker, T. E., & Chang, G. (2016). The use of auricular acupuncture in opioid use disorder: A systematic literature review. *The American Journal on Addictions*, 25(8), 592–602. <https://doi.org/10.1111/ajad.12453>
- Bearn, J., Swami, A., Stewart, D., Atnas, C., Giotto, L., & Gossop, M. (2009). Auricular acupuncture as an adjunct to opiate detoxification treatment: effects on withdrawal symptoms. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(3), 345–349. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.08.002>
- Bergdahl, L., Berman, A. H., & Haglund, K. (2014). Patients' experience of auricular acupuncture during protracted withdrawal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(2), 163–169. <https://doi.org/10.1111/jpm.12028>
- Bier, I. D., Wilson, J., Studt, P., & Shakleton, M. (2002). Auricular acupuncture, education, and smoking cessation: a randomized, sham-controlled trial. *American Journal of Public Health*, 92(10), 1642–1647. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12356614>
- Borozan, S., & Petković, G. (n.d.). [Ear acupuncture has a hypotonic effect on the gastrointestinal tract]. *Vojnosanitetski Pregled*, 53(1), 31–33. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9229932>
- Bossy, J. (n.d.). *Bases Neurobiologiques des Reflexothérapies*. (Masson, Ed.) (1995th ed.).
- Bruno Bour MD. (2000). Physiopathologie de la maladie alcoolique du foie. Retrieved November 25, 2018, from <http://www.bmlweb.org/cochin20009.html>

- Bullock, M. L., Kiresuk, T. J., Pheley, A. M., Culliton, P. D., & Lenz, S. K. (1999). Auricular acupuncture in the treatment of cocaine abuse. A study of efficacy and dosing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(1), 31–38. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9888119>
- Bullock, M. L., Kiresuk, T. J., Sherman, R. E., Lenz, S. K., Culliton, P. D., Boucher, T. A., & Nolan, C. J. (2002). A large randomized placebo controlled study of auricular acupuncture for alcohol dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(2), 71–77. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11932132>
- Carter, K., Olshan-Perlmutter, M., Marx, J., Martini, J. F., & Cairns, S. B. (2017). NADA Ear Acupuncture: An Adjunctive Therapy to Improve and Maintain Positive Outcomes in Substance Abuse Treatment. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*, 7(2). <https://doi.org/10.3390/bs7020037>
- Chen, K. L., Lindrea, K. B., Quah-Smith, I., Schmölzer, G. M., Daly, M., Schindler, T., & Oei, J. L. (2017). Magnetic noninvasive acupuncture for infant comfort (MAGNIFIC) - a single-blinded randomised controlled pilot trial. *Acta Paediatrica*, 106(11), 1780–1786. <https://doi.org/10.1111/apa.14002>
- Cowan, D. (2011). Methodological issues in evaluating auricular acupuncture therapy for problems arising from the use of drugs and alcohol. *Acupuncture in Medicine : Journal of the British Medical Acupuncture Society*, 29(3), 227–229. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21984982>
- Di, Y. M., May, B. H., Zhang, A. L., Zhou, I. W., Worsnop, C., & Xue, C. C. L. (2014). A meta-analysis of ear-acupuncture, ear-acupressure and auriculotherapy for cigarette smoking cessation. *Drug and Alcohol Dependence*, 142, 14–23. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.002>
- Fossion, J. P. (2007). *Annales du GLEM*.
- Gaa'l, C. L., & Freebairn, C. (1979). Ear-acupuncture relaxation therapy in alcoholics. Report on a follow-up survey. *The Medical Journal of Australia*, 2(4), 179–180. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/390334>
- Gates, S., Smith, L. A., & Foxcroft, D. (2006). Auricular acupuncture for cocaine dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD005192. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005192.pub2>
- Geisel, O., Schlemm, L., Hellweg, R., Wiedemann, K., & Müller, C. A. (2018). Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Axis Activity in Alcohol-Dependent Patients During Treatment with High-Dose Baclofen. *Pharmacopsychiatry*. <https://doi.org/10.1055/s-0043-124189>
- Gleditsch, D. J. (1993). Auriculotherapy as an additional method in detoxification of drug addiction. *Journal of Auricular Medicine and Acupuncture*, 29.

- Goodwin, A. K., Lantz-McPeak, S. M., Robinson, B. L., Law, C. D., Ali, S. F., & Ferguson, S. A. (2015). Effects of adolescent treatment with nicotine, harmaline, or norharmane in male Sprague–Dawley rats. *Neurotoxicology and Teratology*, *47*, 25–35. <https://doi.org/10.1016/j.ntt.2014.10.005>
- Histoire de la culture du tabac — Wikipédia. (n.d.). Retrieved March 6, 2019, from https://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire_de_la_culture_du_tabac
- Horvilleur, A. (n.d.). Cannabis et Société. *Unknown*, 90 à104.
- Jang, S., Park, Y. L., Lee, J. A., Kim, K. H., Lee, E.-K., Sun, S.-H., ... Park, S. (2016). Smoking cessation programmes using traditional medicine in Korea. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, *16*(1), 494. <https://doi.org/10.1186/s12906-016-1462-9>
- Killeen, T. K., Haight, B., Brady, K., Herman, J., Michel, Y., Stuart, G., & Young, S. (2002). The effect of auricular acupuncture on psychophysiological measures of cocaine craving. *Issues in Mental Health Nursing*, *23*(5), 445–459. <https://doi.org/10.1080/01612840290052631>
- Kim, Y., Kim, C.-W., & Kim, K.-S. (2003). Clinical Observations on Postoperative Vomiting Treated by Auricular Acupuncture. *The American Journal of Chinese Medicine*, *31*(03), 475–480. <https://doi.org/10.1142/S0192415X03001156>
- Klausenitz, C., Hacker, H., Hesse, T., Kohlmann, T., Endlich, K., Hahnenkamp, K., & Usichenko, T. (2016). Auricular Acupuncture for Exam Anxiety in Medical Students-A Randomized Crossover Investigation. *PloS One*, *11*(12), e0168338. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168338>
- Kurath-Koller, S., Pansy, J., Mileder, L. P., Schmölzer, G. M., Urlesberger, B., & Raith, W. (2016). Active Somatic and Psychic Ear Acupuncture Points in Newborn Infants with Neonatal Abstinence Syndrome. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *22*(10), 788–793. <https://doi.org/10.1089/acm.2016.0075>
- Li, H., Yin, J., Zhang, Z., Winston, J. H., Shi, X.-Z., & Chen, J. D. Z. (2016). Auricular vagal nerve stimulation ameliorates burn-induced gastric dysmotility via sympathetic-COX-2 pathways in rats. *Neurogastroenterology and Motility : The Official Journal of the European Gastrointestinal Motility Society*, *28*(1), 36–42. <https://doi.org/10.1111/nmo.12693>
- Li, J., Li, X., Wang, M., Li, J., Shi, F., & Yu, H. (2012). [Effects of transcutaneous electrical stimulation of auricular Shenmen point on postoperative nausea and vomiting and patient-controlled epidural analgesia in cesarean section]. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*, *92*(27), 1892–1895. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23134960>
- Lua, P. L., & Talib, N. S. (n.d.). Auricular acupuncture for drug dependence: an open-label randomized investigation on clinical outcomes, health-related quality of life, and patient acceptability. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, *19*(4), 28–42. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23981370>

- Lua, P. L., Talib, N. S., & Ismail, Z. (2013). Methadone maintenance treatment versus methadone maintenance treatment plus auricular acupuncture: impacts on patient satisfaction and coping mechanism. *Journal of Pharmacy Practice*, 26(6), 541–550. <https://doi.org/10.1177/0897190013489574>
- Marignan, D. M. (1989). Le Traitement Anti-Tabac. *Sciences et Médecines Nouvelles*, 1, 4–9.
- Martinot, J.-L. (n.d.). Imagerie cérébrale en psychiatrie, 35–55. Retrieved from <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rfas200401-art03.pdf>
- Nogier, D. P. (n.d.). *Introduction pratique à l'Auriculothérapie*.
- Nutt, D. J., Lingford-Hughes, A., Erritzoe, D., & Stokes, P. R. A. (2015). The dopamine theory of addiction: 40 years of highs and lows. *Nature Reviews. Neuroscience*, 16(5), 305–312. <https://doi.org/10.1038/nrn3939>
- Oisteanu, A. (1993). Plantes narcotiques et hallucinogènes dans la société traditionnelle roumaine. *Asclepios*, 53–58.
- Otto, K. C., Quinn, C., & Sung, Y. F. (1998). Auricular acupuncture as an adjunctive treatment for cocaine addiction. A pilot study. *The American Journal on Addictions*, 7(2), 164–170. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9598220>
- Pr Philippe Even, P. B. D. avec la collaboration de G. H. (2018). *Depressions, antidépresseurs, psychotropes et drogues. Efficacité, Danger, Contre-indications* (Cherche mi).
- Quattrochi, E., Baird, A., & Yurgelun-Todd, D. (2000). Biological aspects of the link between smoking and depression. *Harvard Review of Psychiatry*, 8(3), 99–110. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10973935>
- Rachdaoui, N., & Sarkar, D. K. (2017). Pathophysiology of the Effects of Alcohol Abuse on the Endocrine System. *Alcohol Research : Current Reviews*, 38(2), 255–276. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28988577>
- Raith, W., Kutschera, J., Müller, W., & Urlesberger, B. (2011). Active Ear Acupuncture Points in Neonates with Neonatal Abstinence Syndrome (NAS). *The American Journal of Chinese Medicine*, 39(01), 29–37. <https://doi.org/10.1142/S0192415X11008622>
- Raith, W., Schmolzer, G. M., Resch, B., Reiterer, F., Avian, A., Koestenberger, M., & Urlesberger, B. (2015). Laser Acupuncture for Neonatal Abstinence Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *PEDIATRICS*, 136(5), 876–884. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0676>
- Rong, P.-J., Zhao, J.-J., Li, Y.-Q., Litscher, D., Li, S., Gaischek, I., ... Litscher, G. (2015). Auricular acupuncture and biomedical research--A promising Sino-Austrian research cooperation. *Chinese Journal of Integrative Medicine*, 21(12), 887–894. <https://doi.org/10.1007/s11655-015-2090-9>

- Sahmeddini, M. A., & Fazelzadeh, A. (2008). Does auricular acupuncture reduce postoperative vomiting after cholecystectomy? *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, *14*(10), 1275–1279. <https://doi.org/10.1089/acm.2008.0264>
- Takahashi, H. K., Liu, K., Wake, H., Mori, S., Zhang, J., Liu, R., ... Nishibori, M. (2010). Effect of nicotine on advanced glycation end product-induced immune response in human monocytes. *The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, *332*(3), 1013–1021. <https://doi.org/10.1124/jpet.109.160861>
- Trümpler, F., Oez, S., Stähli, P., Brenner, H. D., & Jüni, P. (n.d.). Acupuncture for alcohol withdrawal: a randomized controlled trial. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, *38*(4), 369–375. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12814907>
- Van Ämerongen, K. S., Blattmann, F. C., Kuhn, A., Surbek, D., & Nelle, M. (2008). Ear Acupuncture Points in Neonates. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *14*(1), 47–52. <https://doi.org/10.1089/acm.2007.0556>
- Véléa, M. H. et D. (2002). *Les drogues de synthèse*. (PUF Que sais-je ?, Ed.).
- Wu, T.-P., Chen, F.-P., Liu, J.-Y., Lin, M.-H., & Hwang, S.-J. (2007). A Randomized Controlled Clinical Trial of Auricular Acupuncture in Smoking Cessation. *Journal of the Chinese Medical Association*, *70*(8), 331–338. [https://doi.org/10.1016/S1726-4901\(08\)70014-5](https://doi.org/10.1016/S1726-4901(08)70014-5)
- Yves Rouxville, Yunsan Méas, Marc Richmond LeBel, Dalila Trabelsi, Pascal Vidal, S. G., & Nabil Ezzeddine, Martin Delaplace, R. B. H. (2013). Répartition topographique et qualitative des points d'oreille détectés par auriculomédecine et contrôlés par détection électrique. Retrieved from <http://www.icamar.org/icamar10/spip.php?article256>
- Alimi, D., & Chelly, J. E. (2018). New Universal Nomenclature in Auriculotherapy. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *24*(1), 7–14. <https://doi.org/10.1089/acm.2016.0351>
- Avants, S. K., Margolin, A., Holford, T. R., & Kosten, T. R. (n.d.). A randomized controlled trial of auricular acupuncture for cocaine dependence. *Archives of Internal Medicine*, *160*(15), 2305–2312. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10927727>
- Bagnis, J. P. (n.d.). Contribution de l'Auriculothérapie au traitement de la maladie alcoolique. *Sciences et Médecines Nouvelles, Volume 1-N*, 14–15.
- Baker, T. E., & Chang, G. (2016). The use of auricular acupuncture in opioid use disorder: A systematic literature review. *The American Journal on Addictions*, *25*(8), 592–602. <https://doi.org/10.1111/ajad.12453>
- Bearn, J., Swami, A., Stewart, D., Atnas, C., Giotto, L., & Gossop, M. (2009). Auricular acupuncture as an adjunct to opiate detoxification treatment: effects on withdrawal symptoms. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *36*(3), 345–349. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.08.002>

- Bergdahl, L., Berman, A. H., & Haglund, K. (2014). Patients' experience of auricular acupuncture during protracted withdrawal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 21*(2), 163–169. <https://doi.org/10.1111/jpm.12028>
- Bier, I. D., Wilson, J., Studt, P., & Shakleton, M. (2002). Auricular acupuncture, education, and smoking cessation: a randomized, sham-controlled trial. *American Journal of Public Health, 92*(10), 1642–1647. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12356614>
- Borozan, S., & Petković, G. (n.d.). [Ear acupuncture has a hypotonic effect on the gastrointestinal tract]. *Vojnosanitetski Pregled, 53*(1), 31–33. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9229932>
- Bossy, J. (n.d.). *Bases Neurobiologiques des Reflexothérapies*. (Masson, Ed.) (1995th ed.).
- Bruno Bour MD. (2000). Physiopathologie de la maladie alcoolique du foie. Retrieved November 25, 2018, from <http://www.bmlweb.org/cochin20009.html>
- Bullock, M. L., Kiresuk, T. J., Pheley, A. M., Culliton, P. D., & Lenz, S. K. (1999). Auricular acupuncture in the treatment of cocaine abuse. A study of efficacy and dosing. *Journal of Substance Abuse Treatment, 16*(1), 31–38. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9888119>
- Bullock, M. L., Kiresuk, T. J., Sherman, R. E., Lenz, S. K., Culliton, P. D., Boucher, T. A., & Nolan, C. J. (2002). A large randomized placebo controlled study of auricular acupuncture for alcohol dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment, 22*(2), 71–77. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11932132>
- Carter, K., Olshan-Perlmutter, M., Marx, J., Martini, J. F., & Cairns, S. B. (2017). NADA Ear Acupuncture: An Adjunctive Therapy to Improve and Maintain Positive Outcomes in Substance Abuse Treatment. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland), 7*(2). <https://doi.org/10.3390/bs7020037>
- Chen, K. L., Lindrea, K. B., Quah-Smith, I., Schmölder, G. M., Daly, M., Schindler, T., & Oei, J. L. (2017). Magnetic noninvasive acupuncture for infant comfort (MAGNIFIC) - a single-blinded randomised controlled pilot trial. *Acta Paediatrica, 106*(11), 1780–1786. <https://doi.org/10.1111/apa.14002>
- Cowan, D. (2011). Methodological issues in evaluating auricular acupuncture therapy for problems arising from the use of drugs and alcohol. *Acupuncture in Medicine : Journal of the British Medical Acupuncture Society, 29*(3), 227–229. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21984982>
- Di, Y. M., May, B. H., Zhang, A. L., Zhou, I. W., Worsnop, C., & Xue, C. C. L. (2014). A meta-analysis of ear-acupuncture, ear-acupressure and auriculotherapy for cigarette smoking cessation. *Drug and Alcohol Dependence, 142*, 14–23. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.002>
- Fossion, J. P. (2007). *Annales du GLEM*.

- Gaa'l, C. L., & Freebairn, C. (1979). Ear-acupuncture relaxation therapy in alcoholics. Report on a follow-up survey. *The Medical Journal of Australia*, 2(4), 179–180. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/390334>
- Gates, S., Smith, L. A., & Foxcroft, D. (2006). Auricular acupuncture for cocaine dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD005192. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005192.pub2>
- Geisel, O., Schlemm, L., Hellweg, R., Wiedemann, K., & Müller, C. A. (2018). Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Axis Activity in Alcohol-Dependent Patients During Treatment with High-Dose Baclofen. *Pharmacopsychiatry*. <https://doi.org/10.1055/s-0043-124189>
- Gleditsch, D. J. (1993). Auriculotherapy as an additional method in detoxification of drug addiction. *Journal of Auricular Medicine and Acupuncture*, 29.
- Goodwin, A. K., Lantz-McPeak, S. M., Robinson, B. L., Law, C. D., Ali, S. F., & Ferguson, S. A. (2015). Effects of adolescent treatment with nicotine, harmaline, or norharmaline in male Sprague–Dawley rats. *Neurotoxicology and Teratology*, 47, 25–35. <https://doi.org/10.1016/j.ntt.2014.10.005>
- Histoire de la culture du tabac — Wikipédia. (n.d.). Retrieved March 6, 2019, from https://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire_de_la_culture_du_tabac
- Horvilleur, A. (n.d.). Cannabis et Société. *Unknown*, 90 à104.
- Jang, S., Park, Y. L., Lee, J. A., Kim, K. H., Lee, E.-K., Sun, S.-H., ... Park, S. (2016). Smoking cessation programmes using traditional medicine in Korea. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 16(1), 494. <https://doi.org/10.1186/s12906-016-1462-9>
- Killeen, T. K., Haight, B., Brady, K., Herman, J., Michel, Y., Stuart, G., & Young, S. (2002). The effect of auricular acupuncture on psychophysiological measures of cocaine craving. *Issues in Mental Health Nursing*, 23(5), 445–459. <https://doi.org/10.1080/01612840290052631>
- Kim, Y., Kim, C.-W., & Kim, K.-S. (2003). Clinical Observations on Postoperative Vomiting Treated by Auricular Acupuncture. *The American Journal of Chinese Medicine*, 31(03), 475–480. <https://doi.org/10.1142/S0192415X03001156>
- Klausenitz, C., Hacker, H., Hesse, T., Kohlmann, T., Endlich, K., Hahnenkamp, K., & Usichenko, T. (2016). Auricular Acupuncture for Exam Anxiety in Medical Students-A Randomized Crossover Investigation. *PloS One*, 11(12), e0168338. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168338>
- Kurath-Koller, S., Pansy, J., Mileder, L. P., Schmölder, G. M., Urlesberger, B., & Raith, W. (2016). Active Somatic and Psychic Ear Acupuncture Points in Newborn Infants with Neonatal Abstinence Syndrome. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 22(10), 788–793. <https://doi.org/10.1089/acm.2016.0075>
- Li, H., Yin, J., Zhang, Z., Winston, J. H., Shi, X.-Z., & Chen, J. D. Z. (2016). Auricular vagal nerve stimulation ameliorates burn-induced gastric dysmotility via sympathetic-COX-2 pathways in

rats. *Neurogastroenterology and Motility : The Official Journal of the European Gastrointestinal Motility Society*, 28(1), 36–42. <https://doi.org/10.1111/nmo.12693>

Li, J., Li, X., Wang, M., Li, J., Shi, F., & Yu, H. (2012). [Effects of transcutaneous electrical stimulation of auricular Shenmen point on postoperative nausea and vomiting and patient-controlled epidural analgesia in cesarean section]. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*, 92(27), 1892–1895. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23134960>

Lua, P. L., & Talib, N. S. (n.d.). Auricular acupuncture for drug dependence: an open-label randomized investigation on clinical outcomes, health-related quality of life, and patient acceptability. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 19(4), 28–42. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23981370>

Lua, P. L., Talib, N. S., & Ismail, Z. (2013). Methadone maintenance treatment versus methadone maintenance treatment plus auricular acupuncture: impacts on patient satisfaction and coping mechanism. *Journal of Pharmacy Practice*, 26(6), 541–550. <https://doi.org/10.1177/0897190013489574>

Marignan, D. M. (1989). Le Traitement Anti-Tabac. *Sciences et Médecines Nouvelles*, 1, 4–9.

Martinot, J.-L. (n.d.). Imagerie cérébrale en psychiatrie, 35–55. Retrieved from <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rfas200401-art03.pdf>

Nogier, D. P. (n.d.). *Introduction pratique à l'Auriculothérapie*.

Nutt, D. J., Lingford-Hughes, A., Erritzoe, D., & Stokes, P. R. A. (2015). The dopamine theory of addiction: 40 years of highs and lows. *Nature Reviews. Neuroscience*, 16(5), 305–312. <https://doi.org/10.1038/nrn3939>

Oisteanu, A. (1993). Plantes narcotiques et hallucinogènes dans la société traditionnelle roumaine. *Asclepios*, 53–58.

Otto, K. C., Quinn, C., & Sung, Y. F. (1998). Auricular acupuncture as an adjunctive treatment for cocaine addiction. A pilot study. *The American Journal on Addictions*, 7(2), 164–170. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9598220>

Pr Philippe Even, P. B. D. avec la collaboration de G. H. (2018). *Depressions, antidépresseurs, psychotropes et drogues. Efficacité, Danger, Contre-indications* (Cherche mi).

Quattrocki, E., Baird, A., & Yurgelun-Todd, D. (2000). Biological aspects of the link between smoking and depression. *Harvard Review of Psychiatry*, 8(3), 99–110. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10973935>

Rachdaoui, N., & Sarkar, D. K. (2017). Pathophysiology of the Effects of Alcohol Abuse on the Endocrine System. *Alcohol Research : Current Reviews*, 38(2), 255–276. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28988577>

- Raith, W., Kutschera, J., Müller, W., & Urlesberger, B. (2011). Active Ear Acupuncture Points in Neonates with Neonatal Abstinence Syndrome (NAS). *The American Journal of Chinese Medicine*, 39(01), 29–37. <https://doi.org/10.1142/S0192415X11008622>
- Raith, W., Schmolzer, G. M., Resch, B., Reiterer, F., Avian, A., Koestenberger, M., & Urlesberger, B. (2015). Laser Acupuncture for Neonatal Abstinence Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *PEDIATRICS*, 136(5), 876–884. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0676>
- Rong, P.-J., Zhao, J.-J., Li, Y.-Q., Litscher, D., Li, S., Gaischek, I., ... Litscher, G. (2015). Auricular acupuncture and biomedical research--A promising Sino-Austrian research cooperation. *Chinese Journal of Integrative Medicine*, 21(12), 887–894. <https://doi.org/10.1007/s11655-015-2090-9>
- Sahmeddini, M. A., & Fazelzadeh, A. (2008). Does auricular acupuncture reduce postoperative vomiting after cholecystectomy? *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 14(10), 1275–1279. <https://doi.org/10.1089/acm.2008.0264>
- Takahashi, H. K., Liu, K., Wake, H., Mori, S., Zhang, J., Liu, R., ... Nishibori, M. (2010). Effect of nicotine on advanced glycation end product-induced immune response in human monocytes. *The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 332(3), 1013–1021. <https://doi.org/10.1124/jpet.109.160861>
- Trümpler, F., Oez, S., Stähli, P., Brenner, H. D., & Jüni, P. (n.d.). Acupuncture for alcohol withdrawal: a randomized controlled trial. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 38(4), 369–375. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12814907>
- Van Ämerongen, K. S., Blattmann, F. C., Kuhn, A., Surbek, D., & Nelle, M. (2008). Ear Acupuncture Points in Neonates. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(1), 47–52. <https://doi.org/10.1089/acm.2007.0556>
- Véléa, M. H. et D. (2002). *Les drogues de synthèse*. (PUF Que sais-je ?, Ed.).
- Wu, T.-P., Chen, F.-P., Liu, J.-Y., Lin, M.-H., & Hwang, S.-J. (2007). A Randomized Controlled Clinical Trial of Auricular Acupuncture in Smoking Cessation. *Journal of the Chinese Medical Association*, 70(8), 331–338. [https://doi.org/10.1016/S1726-4901\(08\)70014-5](https://doi.org/10.1016/S1726-4901(08)70014-5)
- Yves Rouxville, Yunsan Méas, Marc Richmond LeBel, Dalila Trabelsi, Pascal Vidal, S. G., & Nabil Ezzeddine, Martin Delaplace, R. B. H. (2013). Répartition topographique et qualitative des points d'oreille détectés par auriculomédecine et contrôlés par détection électrique. Retrieved from <http://www.icamar.org/icamar10/spip.php?article256>