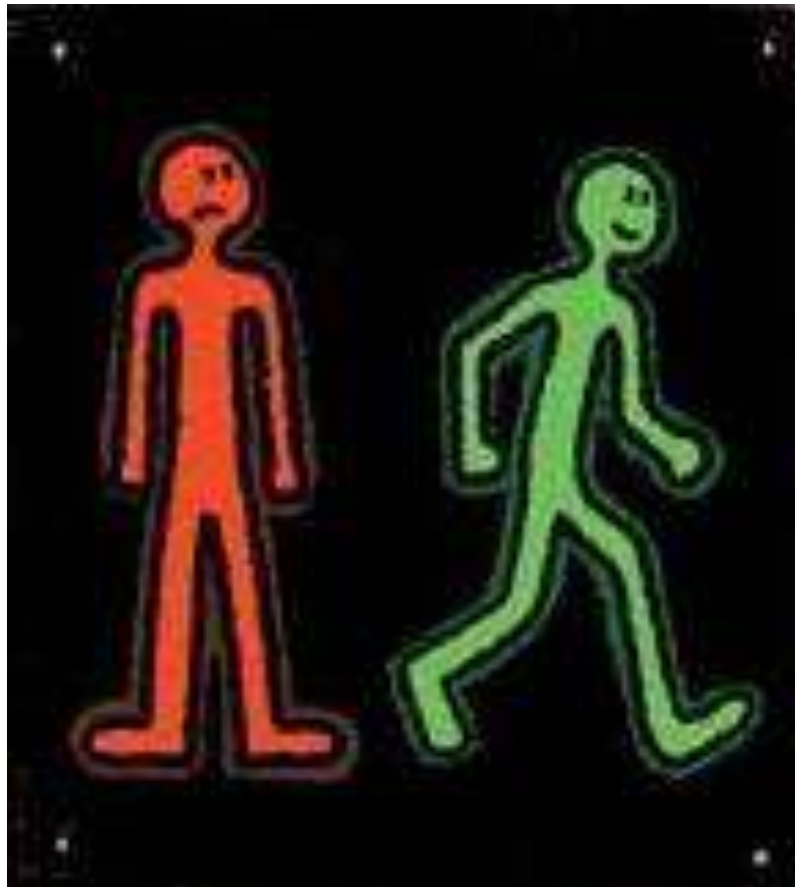


# FIBROMYALGIE ET AURICULOTHÉRAPIE



*"De l'immobilité douloureuse biopsychosociale et corporelle  
au mouvement vital non douloureux"*

Année 2022

Protocole réalisé sur 83 personnes souffrant de fibromyalgie.

Recherche de points auriculaires communs décelés au détecteur électrique.

Le traitement de ces points soulagent-ils les effets de cette pathologie ?

La détection d'obstacles et leurs traitements améliorent-ils la prise en charge ?

Pauline VANDROMME

Docteure en médecine

[pauline\\_vandromme@yahoo.fr](mailto:pauline_vandromme@yahoo.fr)



Michel BARBERIS BIANCHI

Réflexologue

[mbabi@free.fr](mailto:mbabi@free.fr)

SKY HOPINKA

« Un certain corps »

**Directeur de mémoire : Bernard DEFFONTAINES**

[deffontainesbernard@gmail.com](mailto:deffontainesbernard@gmail.com)

## TABLES DES MATIÈRES

1- ORIGINE, CONTEXTE OBJECTIFS DE CE MÉMOIRE	p.3
2- LA DOULEUR. Rappel et implications cérébrales.	p.5
3- IMAGERIE CÉRÉBRALE, DOULEUR ET FIBROMYALGIE.	p.8
4- ZONES REFLEXES CÉRÉBRALES EN AURICULOTHÉRAPIE.	p.12
5- MÉTHODOLOGIE ET PROTOCOLE.	p. 16
6- DÉPOUILLEMENT DES DONNÉES	p.18
7- INTERPRÉTATION DES DONNÉES	p. 32
8- DISCUSSION ET PROSPECTIVES	p. 33
9- BIBLIOGRAPHIE et MOTS CLÉS	p. 35
ANNEXE 1 Arbre décisionnel proposé par l'European League Against Rheumatism (EULAR)	p.36
ANNEXE 2 Critères de diagnostic de la fibromyalgie	p.37
ANNEXE 3 Protocole utilisé (identique 1ère et 2ème séances)	p. 39
ANNEXE 4 Légende des différents points	p.41
ANNEXE 5 Exemple d'un protocole complet rempli en séance	p.42
<b><u>A PART (biblio GLEM) : LES 83 PROTOCOLES TOMES 1 et 2</u></b>	

**MERCI à nos enseignant-e-s** : Bernard DEFFONTAINES, Michel MARIGNAN, Stéphane MAUGENDRE, Raphaël NOGIER, Marc VANDERBRECHT et Chantal VULLIEZ. Ainsi qu'à tous ceux qui par leurs transmissions verbales ou/et écrites ont contribué à nous guider vers une façon de penser la relation thérapeutique plus globale et complémentaire des enseignements académiques. Améliorer les processus d'adaptation de l'organisme aux divers environnements avec patience, pragmatisme et curiosité tout en vérifiant l'efficacité de nos interventions restera notre credo.

**MERCI également aux collègues** qui ont passé du temps à récolter les précieuses données à l'aide des protocoles : Sylvie ARNOLD, Isabelle BILLAT-PONCET, Ludovic BRULHARD, Grégory DESFILLES, Claudine CZAJKOWSKI, Alexandra GIBERT, Jézabel GOURGEON, Eric HAMERLAK, Fanny LEVERRIER, Marina PAUTOVA, Pascale PILLER, Olivier RAYMAEKERS, Vincent THOMAS et Chantal VULLIEZ.

**MERCI** aux personnes ayant participé au protocole et aux Associations qui les accompagnent, les informent, les soutiennent, les représentent et les défendent, tout en se tenant au courant de toutes les avancées thérapeutiques.

**Et bien sûr MERCI** à Loïc DANGUY des DÉSERTS, web master marseillais, pour sa contribution à la mise en forme des données en langage informatique et à sa patiente disponibilité vue la variance de nos désirs adaptatifs tout au long de cette étude ! Cette contribution a permis de mettre au point une application web, propriété du GLEM et à disposition des adhérents qui voudraient s'en servir : <https://auriculotherapie.internet13.info/>

# 1- ORIGINE, CONTEXTE ET OBJECTIFS DE CE MÉMOIRE

Le prochain Symposium à Copenhague en septembre 2023 dont un des thèmes sera *"La douleur chronique liée au champ de la psychologie"* et notre intérêt pour la relation douleur/fonctionnement cérébral a orienté notre sujet de mémoire vers la fibromyalgie.

## Contexte

La fibromyalgie est définie comme un syndrome fait de symptômes chroniques, d'intensité modérée à sévère, incluant des douleurs diffuses avec sensibilité à la pression, de la fatigue, des troubles du sommeil, des troubles cognitifs et de nombreuses plaintes somatiques.

Longtemps controversée dans la communauté scientifique devant l'absence d'organicité et le manque d'éléments objectifs, la fibromyalgie qualifiée par certains de « maladie imaginaire » purement psychologique est finalement reconnue par l'OMS comme "entité médicale" en rhumatologie depuis 1992 et comme douleur chronique généralisée primaire depuis 2019 (CIM 11).

La prévalence de ce syndrome en France est estimée à 1,6% de la population. La fibromyalgie est plus fréquente chez les femmes avec un pic entre 40 et 50 ans.

La fibromyalgie génère des coûts individuels et collectifs importants en raison des visites médicales fréquentes, des examens complémentaires, de consultations répétées auprès de spécialistes et d'un possible absentéisme au travail.

## Diagnostic

Jusqu'à ce que la physiopathologie soit mieux comprise et que des biomarqueurs soient identifiés, le diagnostic continue de reposer sur les symptômes rapportés par les patients et l'évaluation clinique.

Des critères diagnostiques ont été définis pour affirmer la pathologie. Le diagnostic de fibromyalgie peut être posé lorsque le patient remplit les trois conditions suivantes :

- Présence des symptômes douloureux depuis au moins trois mois.
- Index de la douleur généralisée (Widespread pain index) à 7 et échelle de sévérité des symptômes à 5 ou index de la douleur entre 3 et 6 et échelle de sévérité des symptômes à 9
- Élimination de toute autre cause des douleurs chroniques ostéo-articulaires.

## Etiologie

Dans une étude de 2020 l'INSERM (1), consultant plus de 1600 documents sur la fibromyalgie édités depuis 10 ans, évoque plusieurs hypothèses concernant les étiologies de la fibromyalgie. Parmi elles, des scientifiques suggèrent que la pathologie pourrait être liée à des facteurs psychologiques, comme certains traits de la personnalité, une difficulté à identifier et à exprimer ses émotions ou encore à un vécu traumatique. Ces facteurs psychologiques contribueraient à un stress important qui pourrait en conséquence être à l'origine des modifications observées au niveau des voies cérébrales de la douleur. En effet, les systèmes de régulation de stress et de la douleur (comme nous allons le voir dans le paragraphe suivant) sont très interconnectés au niveau cérébral.

La fibromyalgie pourrait donc être le signe d'un dysfonctionnement au niveau de zone cérébrale chargée de percevoir et d'analyser la douleur et trouver son origine dans un défaut d'adaptation à l'environnement.

Cette hypothèse ferait de la fibromyalgie un syndrome « biopsychologique ».

*"Entre 70 et 90 % des patients souffrant de fibromyalgie rapportent un sommeil de mauvaise qualité dans les nombreuses études ayant évalué ce symptôme. Les résultats d'études longitudinales soulignent les liens complexes existant entre la douleur chronique et les troubles du sommeil dans la fibromyalgie"* (réf.1) p. 89.

Il a également été observé des signes de susceptibilité familiale à cette maladie, signes qui demandent à être confirmés.

D'autres travaux récents ont révélé que *"la fibromyalgie pourrait être liée, dans certains cas, à des atteintes périphériques, avec une atteinte des fibres delta A et des fibres C. au niveau des muscles"* (réf.1 p.24). Il est encore difficile à l'heure actuelle de savoir si ces anomalies sont la cause ou la conséquence de la pathologie.

Le Service de rhumatologie du CHUV Centre Hospitalier Universitaire Vaudois suggère que la fibromyalgie *"résulte d'interactions complexes: perturbations hormonales et des neurotransmetteurs, ainsi que des facteurs de stress externes (difficultés socio-professionnelles et familiales par exemple)"* (réf.0).

La fibromyalgie apparaît de plus en plus comme un syndrome extrêmement complexe, découlant très probablement de divers mécanismes physiopathologiques.

Cela pourrait expliquer l'errance médicale importante (moyenne statistique de 4 ans pour le diagnostic) souvent signalée comme anxiogène par les personnes concernées sans parler du sentiment d'impuissance des praticiens face à cette pathologie.

## **Traitement**

Son traitement n'est pas codifié. Il est le plus souvent symptomatique. Il mêle prise de médicaments, exercices physiques et soutien psychologique. L'European League Against Rheumatism (EULAR) (cf annexe 2), propose un arbre décisionnel qui place les traitements non médicamenteux en première intention dans la prise en charge de la fibromyalgie. L'exercice physique est conseillé et les traitements non médicamenteux tel que l'acupuncture peuvent y être associé.

A noter que d'autres INM (Interventions Non Médicamenteuses) ont été évaluées et ont amélioré la qualité de vie, l'humeur et la gestion de stress. Parmi elles, se trouvent le massage du tissu conjonctif, le relâchement myofascial, le massage suédois et le shiatsu (réf.1 p. 610).

## **Objectifs**

Quelle peut être la place de l'auriculothérapie dans l'amélioration de la symptomatologie de la fibromyalgie ?

Nous essaierons d'avancer dans la réponse à cette question en utilisant un protocole, orienté sur les éléments cérébraux. Le détail de ce protocole est donné dans le paragraphe 5. Nous serons amenés à nous pencher sur le phénomène de la douleur et sur ses implications cérébrales traduites par imagerie.

## 2- LA DOULEUR rappel et particularités pour la fibromyalgie

«Il n'est point de petite douleur pour celui qui souffre» MarcAntoine PETIT 1798(2)

La douleur est un phénomène bio-psycho-social. Selon la définition officielle de l'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), il s'agit d'une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée, ou ressemblant, à celle liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle.

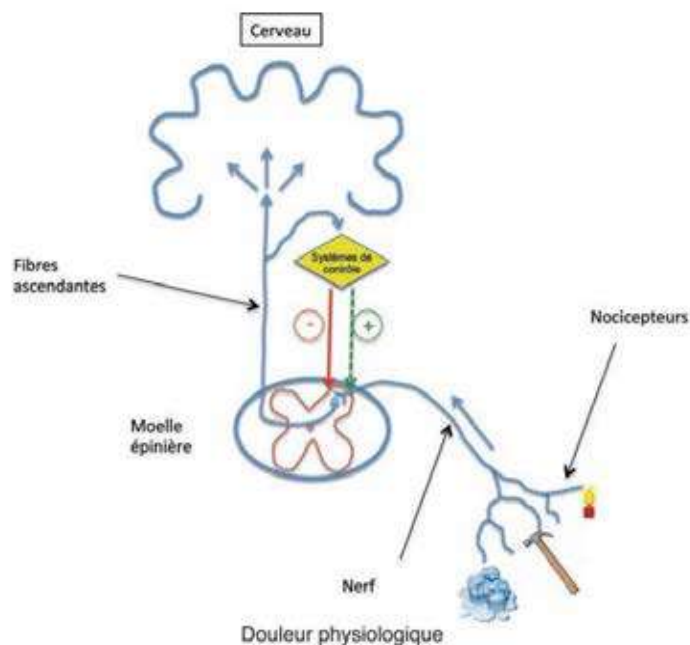
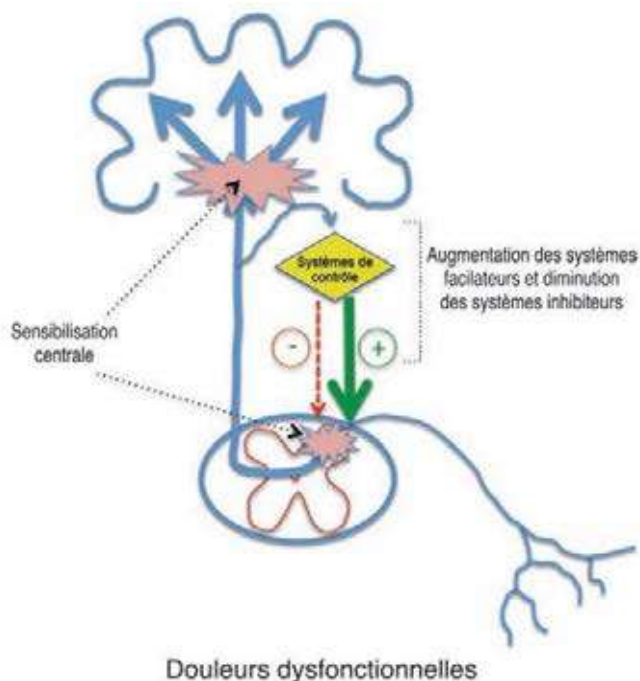
Nous ne détaillerons pas ici tous les mécanismes de la perception de la douleur aiguë et de son traitement pour nous intéresser à la douleur chronique.

Les hypothèses physiopathologiques actuelles concernant la douleur fibromyalgique sont divisées en deux grandes catégories sans être mutuellement exclusives (réf.1 p. 21) :

1- une pathologie du système nerveux central

2- une pathologie davantage liée à des anomalies du système nerveux périphérique et/ou des muscles squelettiques

- **Hypothèse 1** Il y a une hyperexcitabilité des systèmes nociceptifs centraux. Ce pourrait être une modification des systèmes de contrôle et de modulation de la douleur.



La sensation de douleur résulte donc d'une interaction entre les systèmes ascendants et les systèmes descendants de modulation.

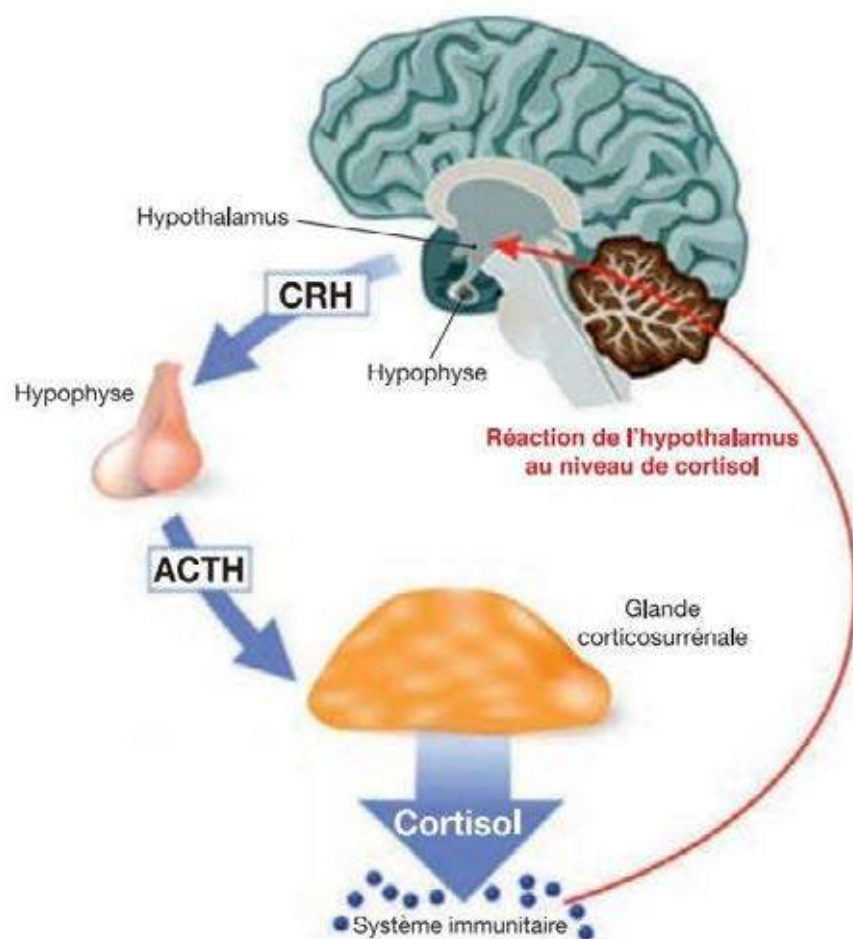
Les douleurs chroniques diffuses sont liées à des modifications directes du système de détection de la douleur dans la moelle épinière et le cerveau.

On peut qualifier cette hypersensibilité de « dérèglement du thermostat de la douleur » (réf.3). Elle résulterait d'interactions complexes entre des perturbations hormonales et/ou de neurotransmetteurs associés à des causes de stress externes (socio-professionnelles, familiales ou environnementales).

Le stress (physique, psychologique ou émotionnel) mobilisant l'axe hypothalamus-hypophyso-surrénalien (HHS) et le système sympathique pourrait entraîner une modification du système de détection de la douleur.

**La fibromyalgie n'est d'ailleurs pas uniquement concernée par ce phénomène.**

*"Du fait du caractère très ubiquitaire des systèmes HHS et sympathique, des anomalies de la réponse aux stress peuvent a priori avoir des répercussions sur de nombreuses fonctions de l'organisme et pourraient ainsi rendre compte de plusieurs symptômes fibromyalgiques comme la douleur, la fatigue, les troubles du sommeil, l'anxiété ou encore les symptômes de dépression (Martinez-Lavin, 2007 ; Sarzi-Puttini et comm.,2010)" (réf.1 p.739).*



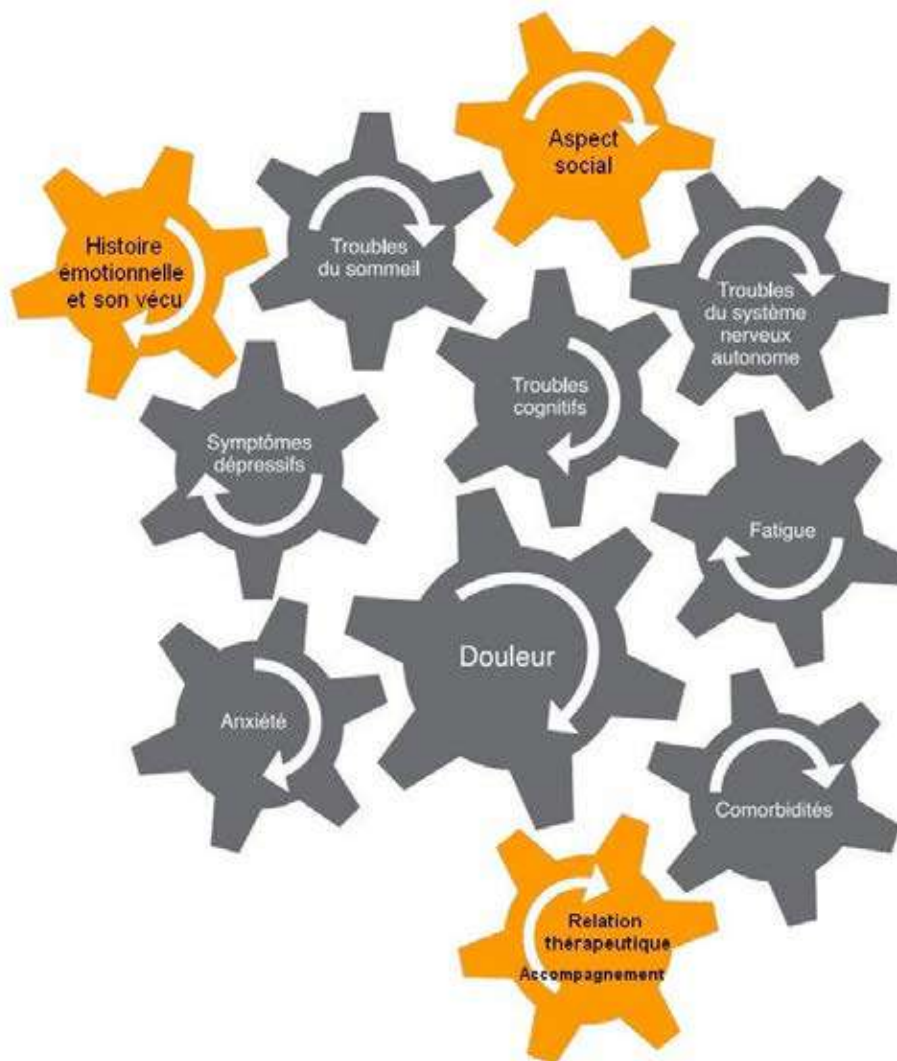
**Figure 17.2 : Axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (1) 739**

ACTH : hormone corticotrope ou adrénocorticotrophine ; CRH : corticolibérine. Dans le cerveau, la libération de CRH (corticolibérine) par l'hypothalamus agit au niveau de l'hypophyse pour induire la libération dans la circulation de l'ACTH (hormone corticotrope ou adrénocorticotrophine). L'ACTH agit au niveau de la glande corticosurrénale en entraînant une augmentation de la sécrétion de cortisol dans le sang, qui intervient dans la régulation de nombreuses fonctions métaboliques et immunitaires notamment dans l'ensemble du corps. Le cortisol exerce en outre un effet de rétro-contrôle négatif de la libération de CRH par l'hypothalamus.

- **Hypothèse 2** "on trouve chez certains (30 à 50%) fibromyalgiques une réduction du nombre de fibres nerveuses périphériques sensibles (A delta et C)" (réf.1 p.24=.

Par ailleurs la douleur est intriquée dans un système (le schéma d'engrenages de l'INSERM (réf.1) p.20, ci-dessous est à ce sujet très parlant) comprenant les troubles du sommeil, les troubles cognitifs, ceux du SNA, la fatigue, les symptômes dépressifs, l'anxiété et les comorbidités.

On se permet d'ajouter trois autres engrenages : celui de l'expérience émotionnelle, celui de l'environnement social et celui de la prise en charge au sens large.



L'expérience émotionnelle (ses origines, son intensité, sa durée, son histoire et sa "métabolisation") est indissociable de la douleur chronique. « Les émotions représentent des facteurs de vulnérabilité ou de maintien ou peuvent être des alliées du soulagement » (réf.3)

Certaines recherches (réf.4) suggèrent que "la régulation de la douleur et de la souffrance sociale a lieu dans des circuits neurologiques partagés".

Quand on sait le lien de la douleur sociale avec les troubles de l'attachement, la prise en charge de cette vulnérabilité à la douleur ressentie nécessite qu'elle soit multidisciplinaire.

### 3- DOULEUR / FIBROMYALGIE ET IMAGERIE CÉRÉBRALE

L'apport de l'imagerie cérébrale dans la compréhension des mécanismes de la douleur n'a pas fini de dérouler toutes ses possibilités.

Voici un état des lieux, non exhaustif, à partir des documents auxquels nous avons eu accès.

Nous avons vu que la douleur chronique à 2 composantes :  
somato-sensorielle et affectivo-émotionnelle.

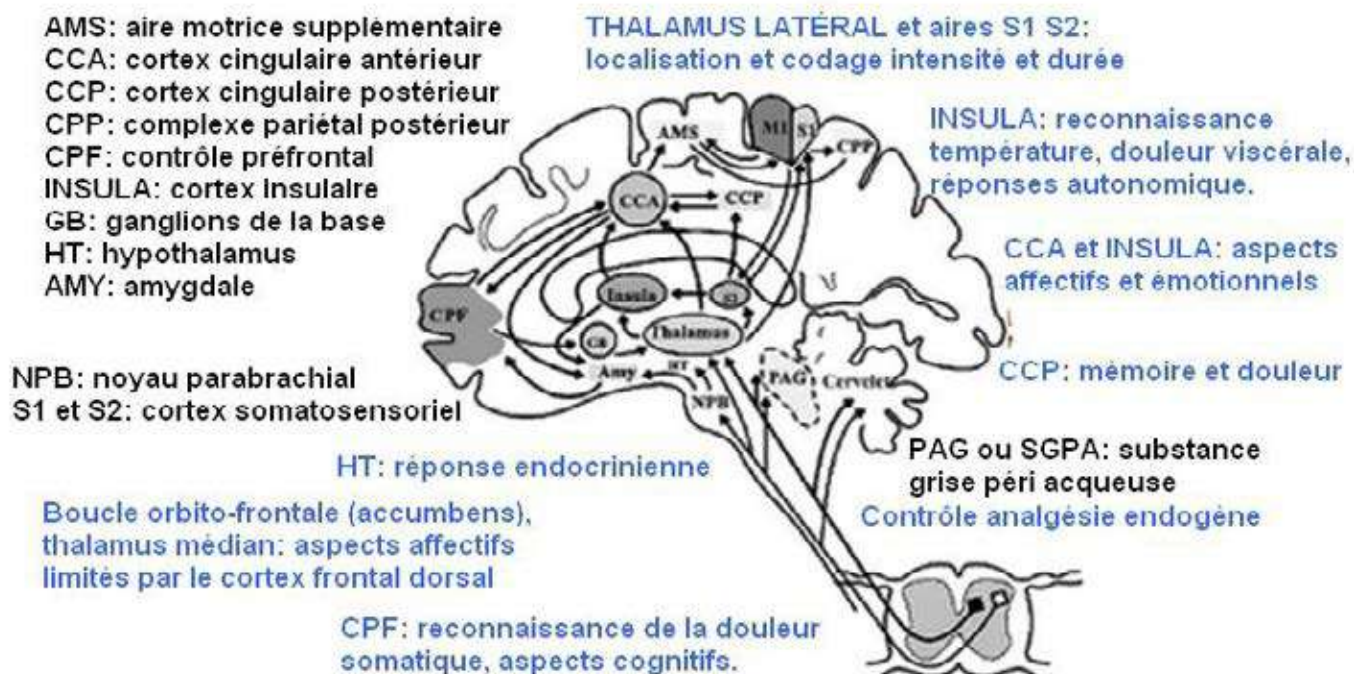
Depuis une vingtaine d'années on parle de matrice neuronale ou neuromatrice de la douleur :  
"véritable réseau d'intégration; d'analyse et de contrôle de l'activité des voies nociceptives."(réf.5)

Une première constatation, "la reconnaissance de la multiplicité des aires cérébrales intervenant dans l'intégration et le traitement des douleurs aiguës et chroniques"(réf.5)

Les techniques développées depuis le début des années 2000 permet désormais de révéler non seulement l'activation de certaines zones cérébrales mais aussi d'évaluer la différence de débit sanguin et de consommation d'oxygène dans des situations cliniques de douleur provoquée, imaginée ou visualisée.

Nous nous intéresserons, ici, à l'identification des structures cérébrales concernées par les différentes composantes des douleurs expérimentales.

Résultats du traitement de l'information nociceptive d'une douleur expérimentale sur une personne volontaire sans pathologie et chez des sujets ayant des douleurs chroniques.



#### PRINCIPALES AIRES CÉRÉBRALES CONCERNÉES PAR LA DOULEUR

Schéma extrait de (réf.5) p.22



*”Dans la douleur chronique, les aires concernées par l’aspect sensoriel (aires somesthésiques S1 et S2, thalamus) sont moins souvent impliquées que celles concernées par l’aspect affectif (cortex préfrontal [CPF])” (réf.5)*

Une confirmation fondamentale : la parole et les sentiments ont des effets sur les structures cérébrales. Le fait de voir souffrir active chez l’observateur les aires affectives : CI antérieur, CCA postérieur, thalamus médian.

**Pourcentage d’activation des aires cérébrales chez des sujets ayant une douleur chronique ou expérimentale**

Structure	CCA	S1	S2	CI	Th	CPF
Pourcentage de sujets avec activation lors de douleur expérimentale	87	75	75	94	80	85
Pourcentage de sujets avec une douleur clinique chronique	45	28	20	58	59	81

CCA ; cortex cingulaire antérieur ; S1 : aire somesthésique primaire ; S2 : aire somesthésique secondaire ; CI : cortex insulaire ; Th : thalamus ; CPF : cortex préfrontal.

Tableau extrait de (réf.5) p.22

**Gardons à l’esprit que nous observons là des traductions cérébrales sans lien, à priori, de causalité avec une pathologie.**

Certaines études (réf.8) concernant spécifiquement la fibromyalgie montrent une sur-activation anormale :

- des régions (controlatérales aux stimuli) primaires et secondaires du cortex somato-sensoriel (S1 et S2) du lobe pariétal
- du cortex cingulaire antérieur (CCA)
- de l’insula antérieure (IA)
- et du thalamus (Th)

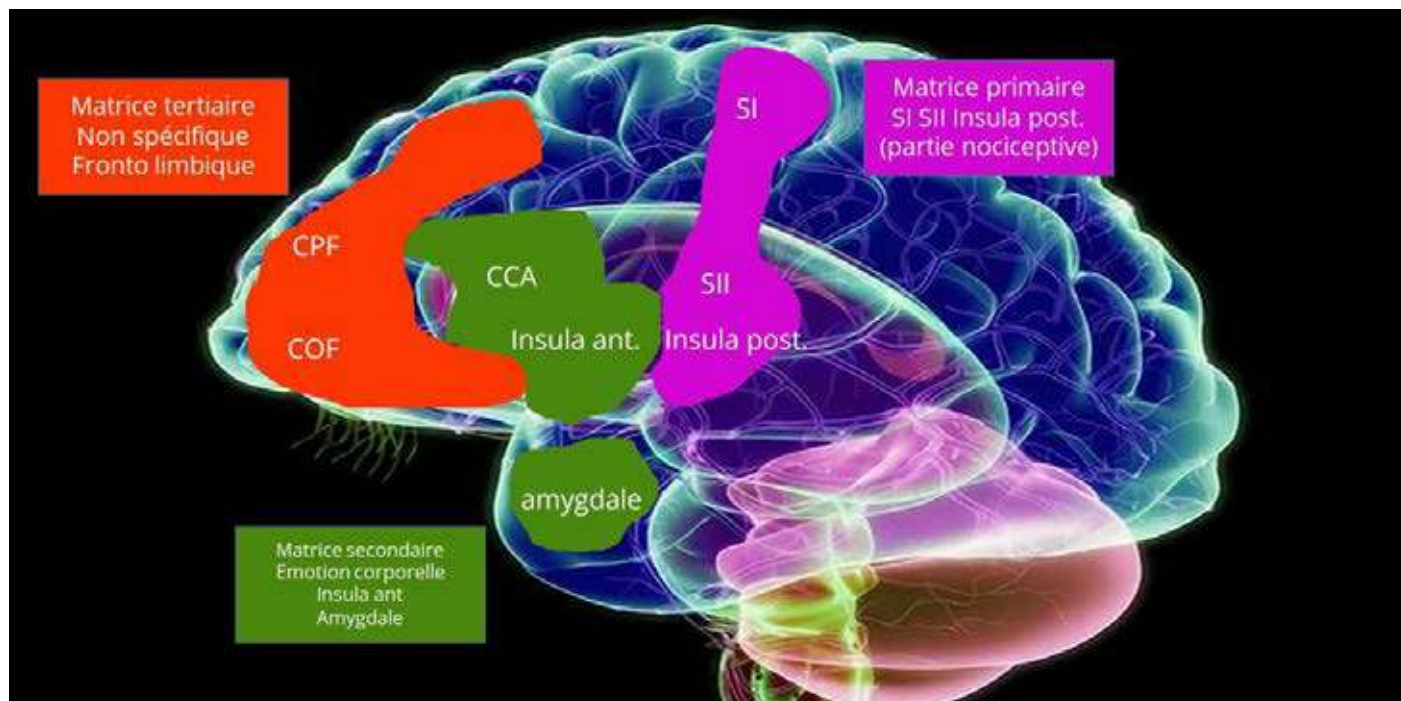
- ° **S1 S2** ont un rôle certain dans la discrimination algique (versant sensoriel) : localisation, intensité, type de la douleur
- ° **CCA**: aire associée au caractère affectif de la douleur par son appartenance au système limbique (versant affectif)
- ° **IA**: intègre les signaux nociceptifs dans les émotions et la mémoire (identification de la menace potentielle par la douleur perçue)
- ° **IA et CCA** : sont impliquées dans la bascule attentionnelle - réponse motrice (comportement d’alerte –action : « geste ou parole »)
- ° **Th** : véritable « gare de triage neurosensoriel » et porte d’entrée du cortex supérieur : thalamus latéral vers le cortex pariétal somatosensitif ,thalamus médial vers le cortex préfrontal.

*” L’activation de certaines de ces structures pendant l’anticipation et l’évocation mentale volontaire de la douleur suggère qu’elles sont impliquées dans la représentation de la douleur, même en absence de stimulation nociceptive.” (réf.6)*

Certains travaux montrent simultanément *”une sous-activation des régions qui exercent un contrôle sur la douleur, comme les régions fronto-cingulaires, le cervelet ou le cortex temporal interne” (réf.7)*

D'autres travaux soulèvent un débat sur " la spécificité de la matrice cognitive et émotionnelle de deuxième et troisième niveau qui apparaît identique pour des entrées sensorielles différentes" "L'apparition ou même l'anticipation d'une douleur expérimentale connue (annonce visuelle) active la SGPA [Substance Grise Péri Aqueducale] avec une forme de « pré-allumage » des systèmes inhibiteurs" (réf.8)

Il est intéressant de noter que "l'exclusion sociale induit des réponses très voisines de celles de la douleur somatique dans la matrice secondaire de la douleur"(réf.8)



Représentation schématique de la matrice douleur et des 3 niveaux d'intégration (d'après Bernard Laurent, 2013, inspiré du modèle développé par Garcia-Larrea&Peyron,2013) (réf.8)

- CFP (cortex préfrontal),
- COF (cortex orbito-frontal),
- CCA (cortex cingulaire antérieur),
- cortex somato-sensoriel primaire (SI),
- cortex somato-sensoriel secondaire (SII),
- insula antérieure (insula ant),
- insula postérieure (insula post)

**Le cerveau utilise les mêmes circuits pour la douleur somatique et pour la souffrance psychique.**

Ces études semblent confirmer l'importance des phénomènes émotionnels et cognitifs dans la perception douloureuse.

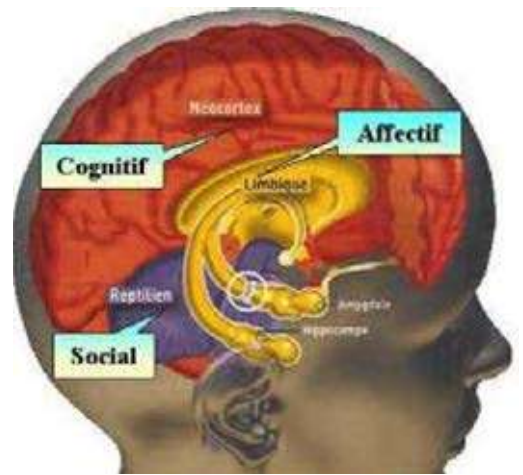
**Il est peut être intéressant d'introduire maintenant la notion de système limbique.**

Le système limbique comprendrait des aires cérébrales corticales et sous-corticales.

Son anatomie n'est pas encore définie clairement mais il serait constitué de :

- l'**hippocampe**, dont on connaît le rôle dans l'apprentissage et le stockage des informations ;
- le **cortex limbique (gyrus cingulaire, cingulum, insula et gyrus parahippocampique)** action dans le contrôle conscient du comportement ;
- les **noyaux du septum**, pour leurs implications dans le circuit de la récompense, le comportement social et l'expression de la peur ;

- l'**hypothalamus**, responsable de la production de différentes hormones organisant l'adaptation de l'organisme à l'environnement. Il contrôle également les branches sympathique et parasympathique du SNA ;
- les **noyaux amygdaliens** pour leur rôle dans l'agressivité, la colère, l'anxiété et la mémoire émotionnelle ;
- le **fornix** pour la connexion entre l'hippocampe et les corps mammillaires. Il transmet les messages sensoriels ;
- les corps mammillaires pour leur fonction dans la mémorisation des événements émotionnels significatifs ;
- le **noyau antérieur du thalamus**, jouant le rôle d'agent de liaison entre le système limbique et le cortex cérébral.
- l'**appareil olfactif**.

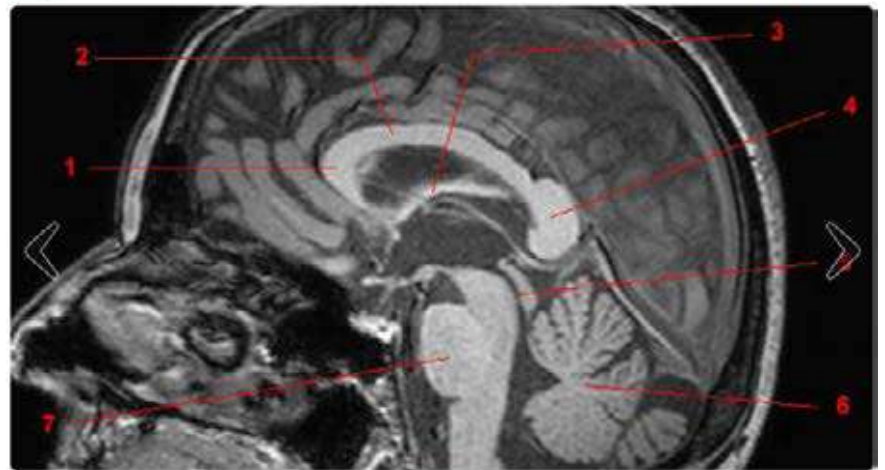


Tiré de <https://info-radiologie.ch> La mémoire, le circuit de Papez, le système limbique et l'IRM

#### Système limbique, IRM, coupe sagittale

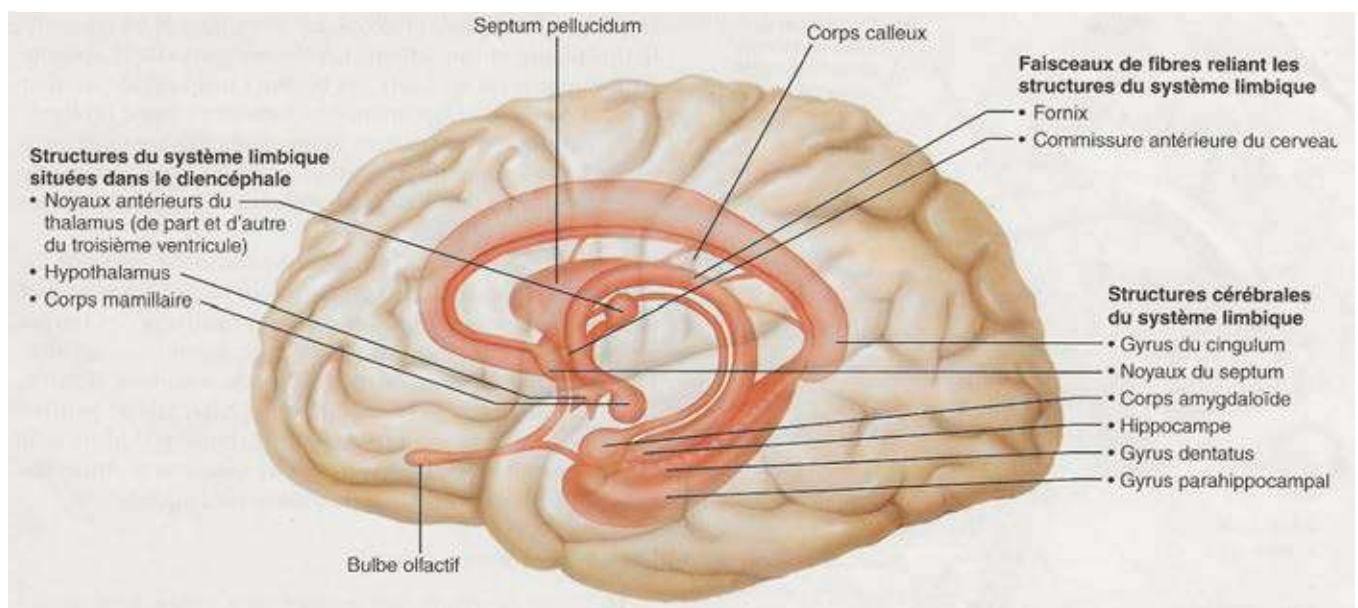
1, Genou du corps calleux. 2, Corps calleux (corps du). 3, Fornix. 4, Splénium du corps calleux. 5, Acqueduc du mésencéphale. 6, Cervelet. 7, Pons.

Le système limbique est lié anatomiquement et fonctionnellement par l'intermédiaire de l'hypothalamus à l'hypophyse (lobe postérieur) et à l'épiphyse.



Il est impliqué dans les émotions (principalement la peur et la colère), la mémoire et dans les comportements addictifs ainsi que dans ceux liés au plaisir. Il contrôle également les comportements alimentaires et l'appétit.

Lorsqu'il y a un trouble dû à un **stress** post traumatique les parties du système limbiques qui s'hyperactivent sont : **l'hippocampe, l'amygdale et le cortex cingulaire antérieur.**



## 4- ZONES REFLEXES CÉRÉBRALES EN AURICULOTHÉRAPIE

Voilà un sujet bien difficile à traiter !

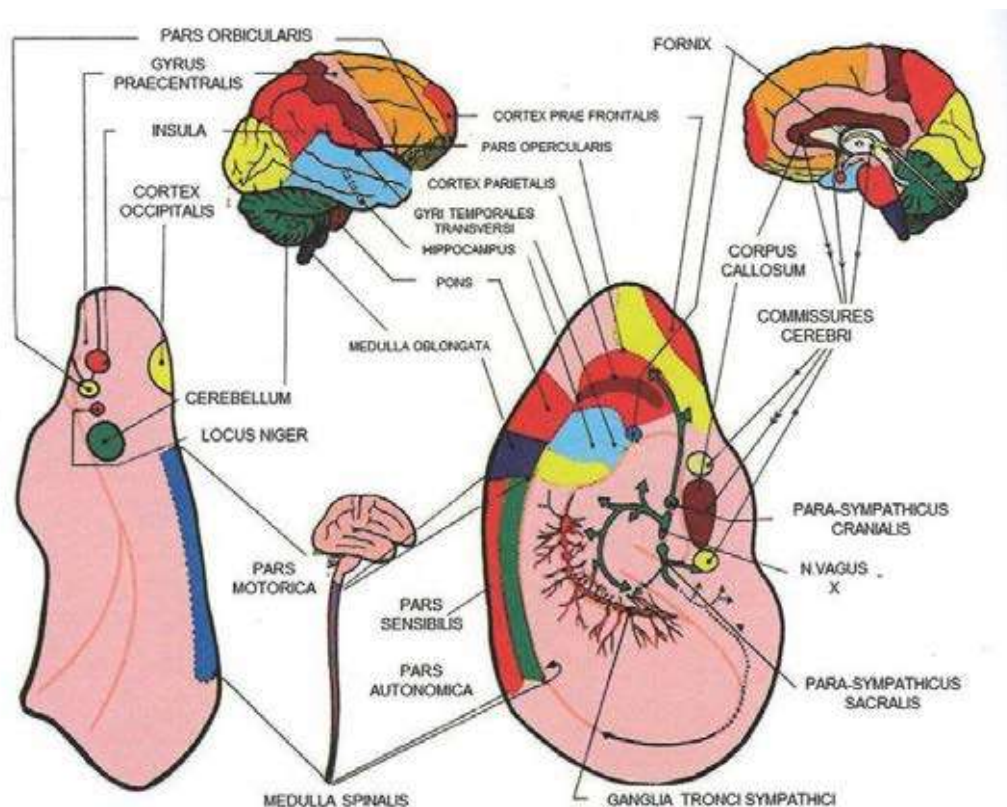
**Un point ? Une zone ? Pour un organe ? Pour une fonction ? Pour une pathologie ?  
Pour une personne saine ou malade ? Quelles modalités pour chercher des points ?**

Modestement, nous allons essayer de rechercher les diverses représentations existantes sur l'auricule des éléments cérébraux sachant que ceux-ci ont été détectés par le RAC/VAS avec des tissus humains et/ou en suivant des logiques anatomiques.

L'apport de l'imagerie est récent et n'a pas encore abouti à des cartographies.

Notre objectif était d'avoir une somme de représentations pour réfléchir à l'interprétation des données que nous allions recueillir.

L'acte de naissance des cartographies auriculaires est le schéma proposé par P. NOGIER et publié dans une revue allemande en 1956, dont R. NOGIER reprend l'historique (réf.9). Dix ans plus tard, avec la connaissance neuro-anatomique de R. BOURDIOL, P. NOGIER débute des recherches de représentations auriculaires de l'ectoderme, pour aboutir en 1975, assisté par F. BAHR, aux localisations du SNC (réf.10).

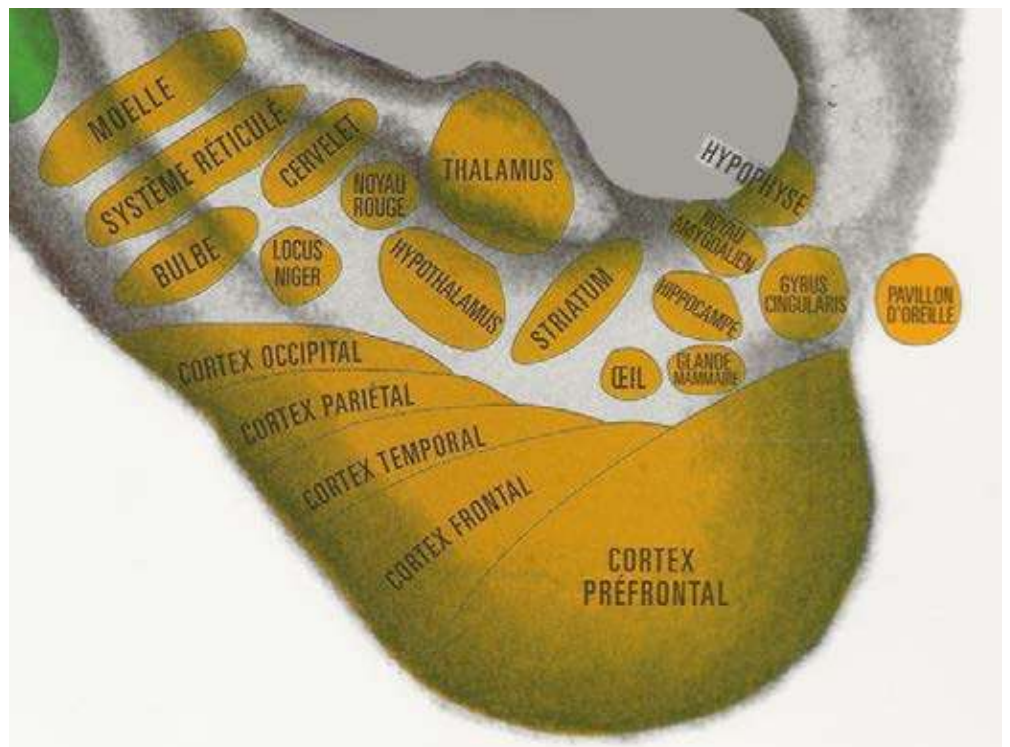


Loci auriculo-medicinae P NOGIER R BOURDIOL F BAHR Ed. Maisonneuve 1975

J. BOSSY apportera son concours en traitant plus particulièrement le SNP (réf.11). Dans la publication en 1987 de la "cartographie simplifiée" par P. NOGIER, A. MALLARD, B. JULIENNE et F. PETITJEAN, "on ne parle plus de points d'oreille mais de zones de probabilité de rencontrer un ou plusieurs points correspondants aux organes" (réf.9).

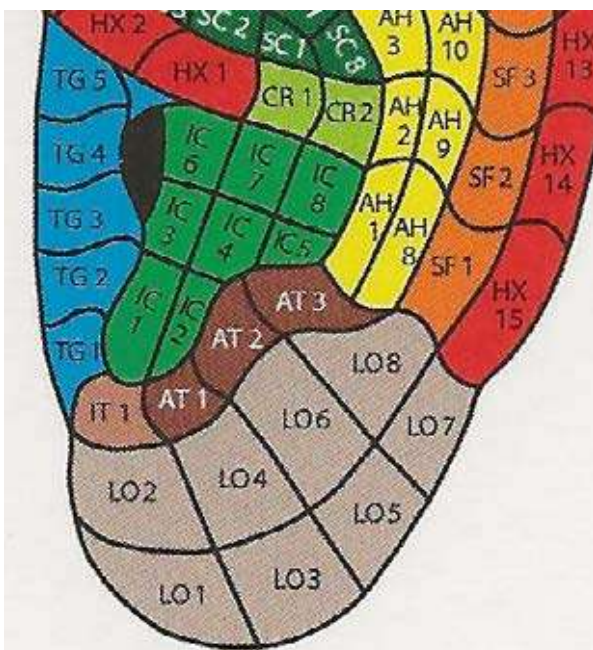
"En France les cartographies de R. BOURDIOL (réf.12) ont bénéficié d'une forte audience" (cf13).

Notre «camp de base» sera cette cartographie de 1987 en Ø1 (14).



### APPORTS de Terry OLESON en 1996 (17)

Beaucoup de points de ressemblance avec la cartographie de P. NOGIER de 1987. , en ce qui concerne les zones ectodermiques.

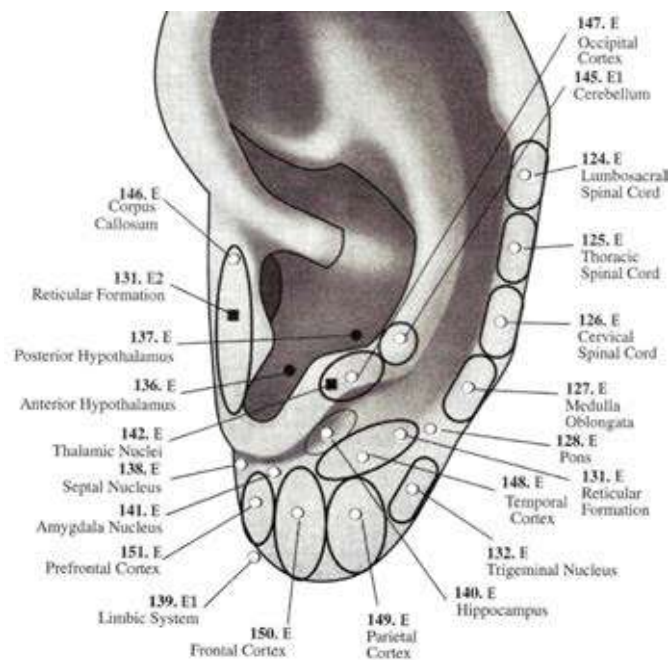


Différences :  
Hypophyse en IC1

Le point du système limbique est placé au même endroit indiqué par D. ALIMI LO1.

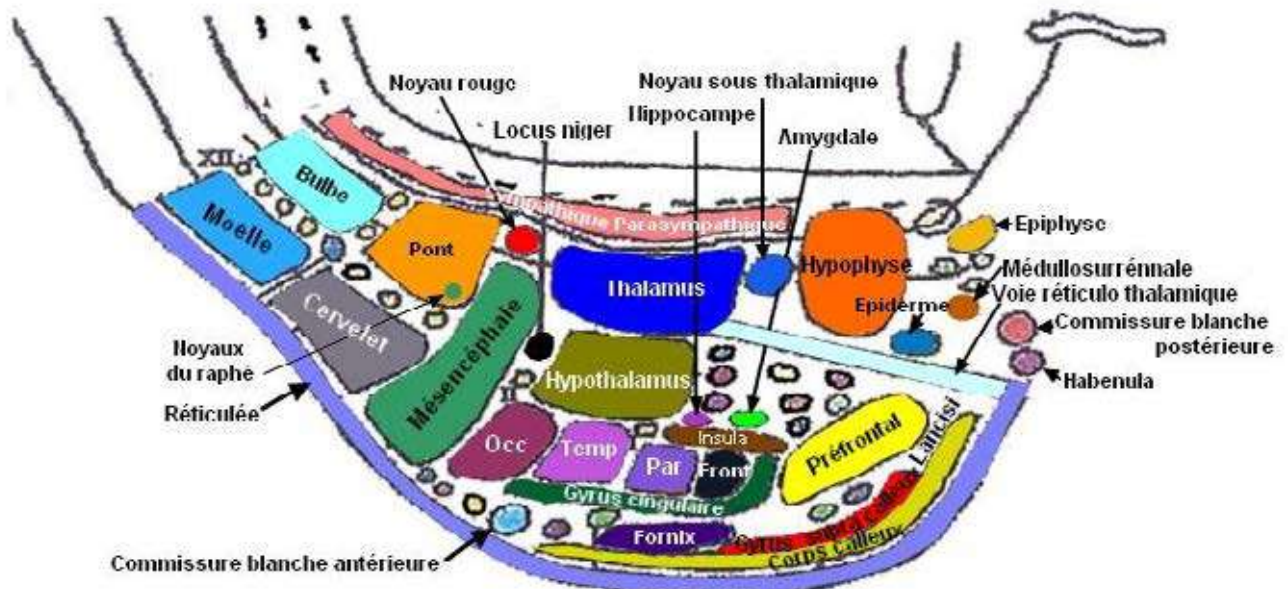
T. OLESON place également le corps calleux autour de O' ainsi que la formation réticulée, celle-ci étant également représentée sous le tragus.

Les lobes temporal et occipital ne sont pas aux mêmes endroits que les représentations précédentes.



OLESON (17) p. 171

**APPORTS de B. JULIENNE et A. MALLARD en 1999 et 2006 (15 et 20).**



On remarquera des différences de positionnements :

- du gyrus cingulaire - de la réticulée - de l'amygdale - du cervelet et du bulbe

On notera les apparitions notamment :

- des différentes commissures inter-hémisphériques
- du corps calleux - du fornix - du Pont et des noyaux du raphé - du mésencéphale - de l'épiphyse
- du noyau sous-thalamique - de l'insula - du gyrus supracalleux (de Lancisi)
- de la médullosurrénale

Cette représentation ajoute une localisation supplémentaire à la zone point 0' comme identification de l'image du corps calleux.

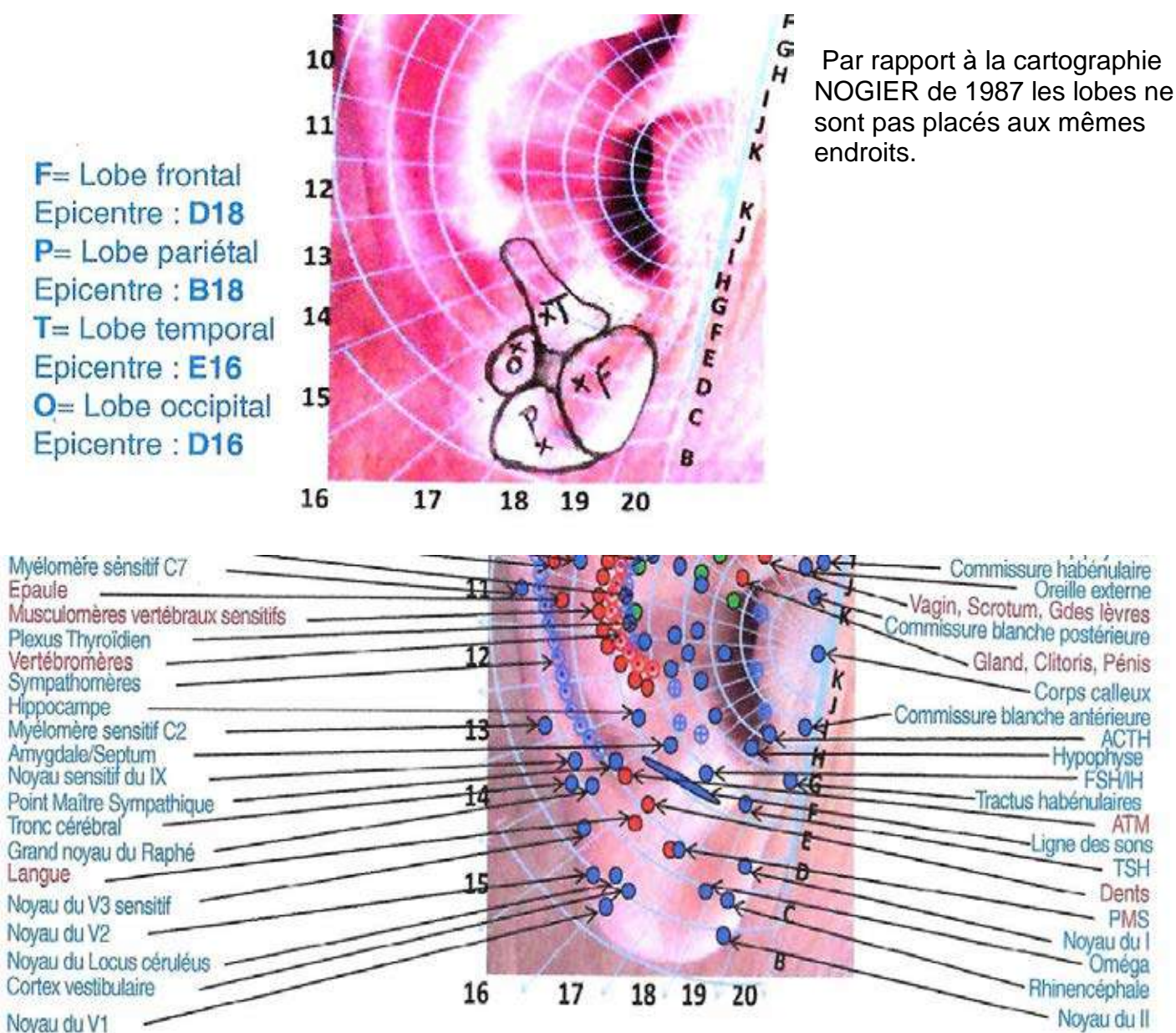
Pour Alain Mallard et Bernard Julienne, les points ou zones commissurales décrites sur le tragus représentent les prémices de solutions correctrices de pathologies commissurales dont éventuellement le Corps Calleux.

Pour Y. ROUXEVILLE "il n'est plus possible de répéter que le tragus serait la représentation du corps calleux et des commissures inter-hémisphériques. Les praticiens expérimentés ont tous noté que le tragus est une sorte de résumé de synthèse du pavillon auriculaire" (13)

B. JULIENNE nous rappelle que "la cartographie topographique indique où l'on est, ce n'est pas une cartographie thérapeutique. Des subtilités expérimentales permettent néanmoins de décrire des points de traitement : points de fonctions et points maîtres..... les cartographies thérapeutiques dépendent de la maladie" (15).

Ce à quoi nous ajouterions volontiers : ... et du malade (différence morphologique des oreilles, génétique, hérédité, contexte socio-psycho-émotionnel et environnement au sens large : - entourage-nutrition-équilibre ortho/para sympathique-pollution-métabolisation adéquate).

### APPORTS de David ALIMI en 2010 (16)



L'hippocampe, l'amygdale sont situés dans des zones encore différentes des précédentes représentations.

Le corps calleux reste en O'.

Le rhinencéphale (système limbique) apparaît en C19.

## 5- PROTOCOLE et MÉTHODOLOGIE

### Principe :

Le protocole nécessite deux séances espacées de 4 semaines suivies un mois plus tard d'une évaluation par téléphone.

### Préalables :

Le diagnostic de fibromyalgie doit avoir été posé par un rhumatologue, un médecin interniste, le médecin traitant ou un centre anti douleur.

### Critères d'inclusion pour ce protocole :

- Diagnostic évoqué depuis plus de 3 mois
- Homme ou femme.
- Patient-e entre 18 et 80 ans choisi par le thérapeute (sauf si déjà traité-e par le thérapeute).

### Critères d'exclusion pour ce protocole:

- ATCD ou existence de rhumatismes inflammatoires.
- ATCD ou existence d'une maladie systémique, type Lupus érythémateux disséminé.
- Existence d'un trouble psychiatrique sévère ayant nécessité un ttt depuis moins de 15 jours.
- ATCD ou existence d'une Hémophilie.
- Traitement anticoagulant.
- Prothèse Valvulaire.
- Grossesse.
- Myopathie suite à un traitement par Statines.
- Maladie de Lyme.
- Hypothyroïdie non équilibrée

### Déroulement et préconisations aux praticien:

La première séance débute avec l'**interrogatoire** du patient afin de connaître:

- les antécédents
- l'ancienneté des symptômes de la fibromyalgie, les éventuels facteurs déclenchant, le diagnostic
- les traitements en cours, médicamenteux et autres
- le poids, la taille, l'Indice de Masse Corporelle (IMC) du patient
- la latéralité du patient (droitier, gaucher ou ambidextre)

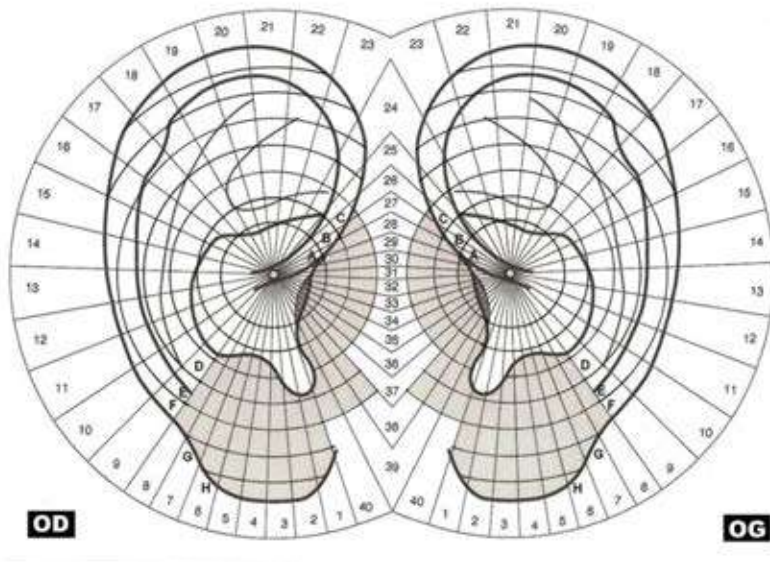
Une évaluation auprès du patient est ensuite réalisée (évaluation de nouveau utilisée lors de la seconde séance et pour l'évaluation finale). Elle s'efforce d'apprécier sur la semaine précédente :

- le ressenti de la douleur coté de 0 à 10
- le ressenti du bien être mental également coté de 0 à 10
- les **zones douloureuses** (test des 19 zones) présentes.
- **la sévérité des symptômes** évalué par le patient(e) notés de 0 à 3

Pour ces 2 derniers points, nous nous sommes appuyés sur les constatations du test défini par l'American College of Rheumatology (Cf ANNEXE 2). Les moyennes des scores d'évaluation de la douleur **et** les scores de la sévérité des symptômes (Widespread pain index) notés sur 31. (cf ANNEXE 3)

Après cette anamnèse et cette évaluation, la recherche des points s'effectue. Les résultats de sont reportés sur le sectogramme de Romoli sur lequel nous avons ajouté des cercles pour définir des emplacements repérés par une lettre (de A à H) et un chiffre (de 1 à 40). Sur ce schéma nous avons défini une zone grisée (image ci-dessous) correspondant aux emplacements des zones réflexes des éléments cérébraux. (partie grisée du sectogramme)

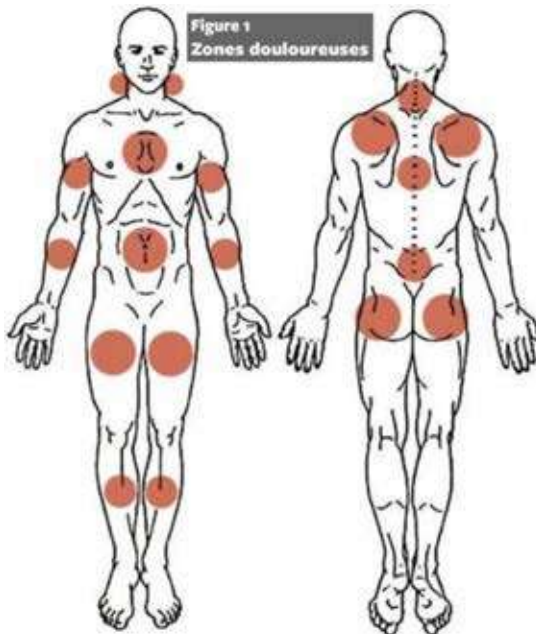




**Tableau 2**  
**Zones douloureuses dans la fibromyalgie**

- Nuque
- Ceinture scapulaire droite et gauche
- Région dorsale
- Région lombaire
- Thorax
- Abdomen
- Articulations temporo-mandibulaires droite et gauche
- Bras droit et gauche
- Avant-bras droit et gauche
- Hanches (trochanter-fesse) droite et gauche
- Cuisses droite et gauche
- Jambes droite et gauche

Tableau 3		Scores	
Zones douloureuses		0-19	
Echelle de sévérité	Fatigue	0-3	
	Troubles du sommeil	0-3	
	Troubles cognitifs	0-3	
	Symptômes somatiques	0-3	
0 : pas de problème 1 : très léger 2 : modéré 3 : sévère		<b>SCORE TOTAL:</b>	<b>/ 31</b>



Avant toute manipulation, un repérage des points au **détecteur électrique** est fait uniquement sur les **2 tragus, les 2 anti-tragus et les 2 lobules**. Ces points sont marqués en noir sur le sectogramme de la première séance.

Le **niveau d'épuisement** (méthode des 10 flash) est ensuite pratiqué et le nombre de RAC/VAS est noté sur 10.

**Les obstacles habituels sont recherchés** (blocage de 1<sup>ère</sup> côte, foyers dentaires, pb cicatrices, cohérence neurovégétative, trouble de latéralité, autre) et traiter. Ils sont notés par une **croix noire** sur le sectogramme.

**S'il y a eu traitement d'au moins un obstacle, les points sur la partie grisée sont à nouveau recherchés.** Si un point noir était déjà présent initialement, il sera entouré de vert. Les nouveaux points (apparus après traitement des obstacles) seront mis en vert.

Les **traitements éventuels** se feront selon les habitudes de chacun : par fréquences, par couleurs, par massage du point, par moxas, par courant électrique percutané (Modulo100, Prémio 20DT), en lumière visible ou en infrarouge (GIR30, GIRLASE, Prémio40, GL+), par graines, aimants, N/S, aiguilles chinoises ou ASP. Les points traités, hors obstacle, seront repérés sur le sectogramme par une croix rouge.

La **deuxième séance** a lieu dans un délai de 4 à 6 semaines. En commençant, chaque praticien veille à noter les modifications éventuelles suite à la première séance et relève les remarques du patient. Le reste de la procédure est identique à la première (évaluation du patient, recherche de point au détecteur électrique, étude du niveau d'épuisement, détection d'obstacle, recherche de nouveau de point et traitement éventuel).

Enfin après **4 semaines**, l'évaluation suite aux **2 séances d'auriculothérapie** est effectuée par téléphone.

## 6- DÉPOUILLEMENT DES DONNÉES

### A) GÉNÉRALITÉS

Le recueil des protocoles a nécessité deux séances assez longues (1H à 1H30) suivies d'une auto-évaluation par téléphone 1 mois après la deuxième séance.

Ces séances étaient non payantes.

17 praticien(ne)s (10F et 7H) ont participé à la récolte des données dont 5 médecins, 1 stomatologue, 1 infirmière, 2 kinésithérapeutes, 3 ostéopathes, 3 réflexologues, 1 auriculothérapeute et 1 thérapeute corporelle.

Les personnes reçues ont été orientées vers nous par les Associations de fibromyalgie, les Centres d'Etude et de Traitement de la Douleur et les réseaux personnels, hors patients déjà suivis.

L'ensemble des praticien(ne)s a reçu 89 personnes, 4 ne sont pas venues au 2<sup>ème</sup> rendez-vous, 1 a été hospitalisée entre les 2 rendez-vous et un n'a pas été pris en compte car il ne s'agissait pas d'une fibromyalgie mais d'un syndrome d'Ehlers Danlos.

Parmi les 83 protocoles exploitables 92,8% provenaient de femmes et 7,2% d'hommes.

**Répartition en âge** : de 26 à 72 ans avec 67% entre 50 et 66 ans avec et 35% entre 50 et 55.

**Moyenne entre l'apparition des symptômes et le diagnostic** : 7 ans réparties entre 0 et 18 ans.

**Proportion de droitiers/gauchers/ambidextres** : D=95% G=2,5% A=2,5%

**IMC constatées**: de 16,2 à 55, dont :

- 2,5% au-dessous de 18,5 (Statistiques Nationales Odoxa 2020: 4,5%)
- 42% entre 18,7 et 24,9 (SNO: 48,3%)
- 24% au-dessus entre 25 et 29,9 (SNO: 30,3%)
- 31,5% au-dessus de 30 (SNO: 17%)

Soit 55,5% (surpoids + obésité) comparé à 47,3% de la population française au cours de la dernière enquête épidémiologique en 2020. A discriminer, bien sûr en fonction de l'âge, du territoire et de l'appartenance sociale.

Réponses à la question :

« **Quel le problème qui vous préoccupe le plus en ce moment en lien avec la fibromyalgie ?** »

*"Ça m'empêche de faire, de penser, d'agir, je ne me sens pas libre"*

*"J'ai peur de vieillir en souffrant et de ne plus être autonome"*

*"Ne plus pouvoir dormir. Nuits d'enfer. Au bord du suicide"*

*"Tomber en dépression"*

*"Ne plus pouvoir travailler"*

*"Difficulté au quotidien au travail, en famille, en société"*

*"Vivre jusqu'à 65 ans pas plus" (en a 40)*

*"Je suis percluse de peur"*

*"Si je me repose, je cogite et les douleurs reviennent"*

*"Marcher avec des béquilles"*

*"Je ne sais pas si je pourrais supporter ça longtemps"*

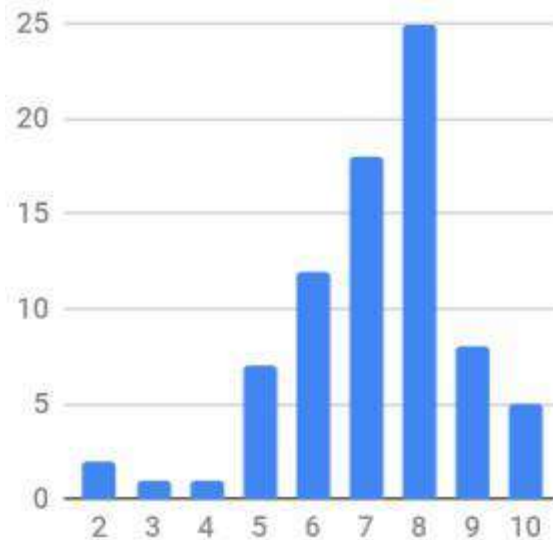
## B) EVALUATION DU RESSENTI DE LA PATIENTE OU DU PATIENT

### a) Evaluation du ressenti des douleurs ( 0= pas de douleur, 10 = douleur insupportable)

(cf Annexe 3) :

#### la semaine précédant la 1<sup>ère</sup> séance

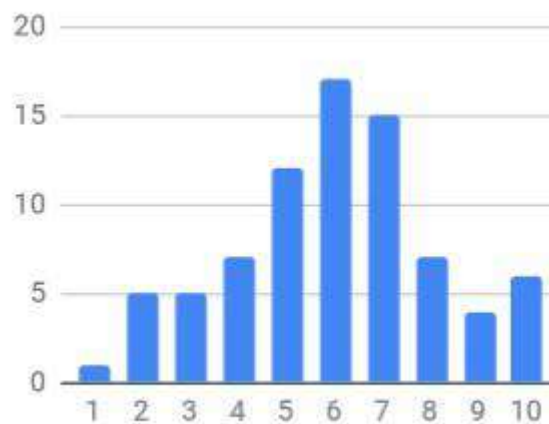
Répartition :



Moyenne : 7,2

#### la semaine précédant la 2<sup>ème</sup> séance

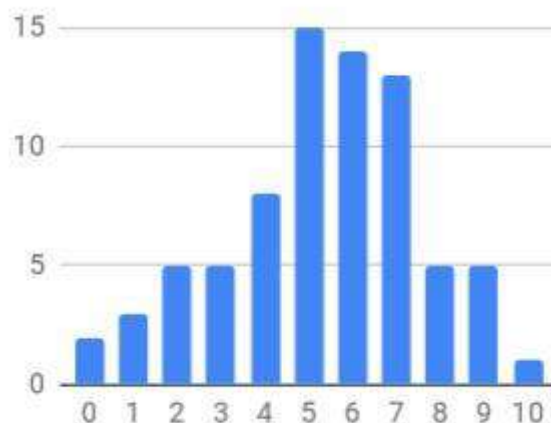
Répartition :



Moyenne : 6

#### la semaine précédant l'auto-évaluation

Répartition :



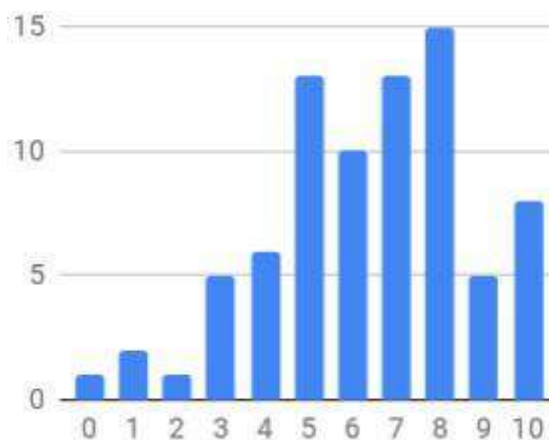
Moyenne : 5,3  
**Gain = 26% / 1<sup>ère</sup> séance**

**b) Evaluation du ressenti de Bien-Être :**

(rappel, 0=état de BÊ très satisfaisant, BÊ=10 -> insupportable, cf Annexe 3) :

la semaine précédant la 1<sup>ère</sup> séance

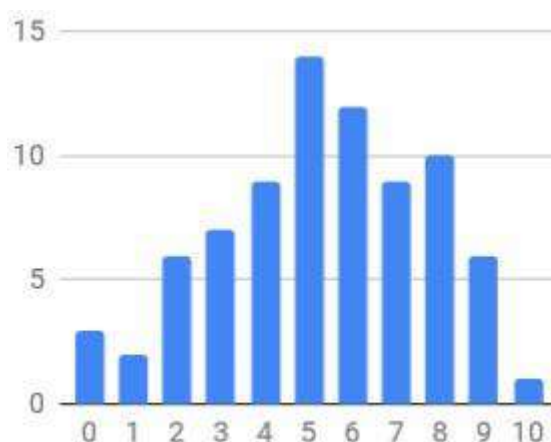
Répartition :



Moyenne : 6,4

la semaine précédant la 2<sup>ème</sup> séance

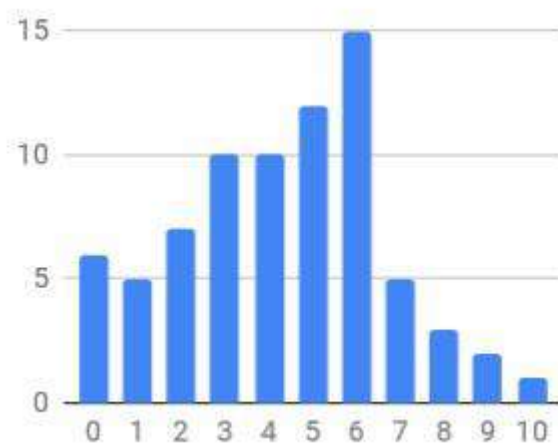
Répartition :



Moyenne : 5,3

la semaine précédant l'auto-évaluation

Répartition :



Moyenne : 4,3

**Gain de 21% par rapport à la 1<sup>ère</sup> séance**

**c) Les scores d'évaluation de la douleur PLUS les scores de la sévérité des symptômes (Widespread pain index) notés sur 31 ont évolué au cours des séances de la façon suivante :**

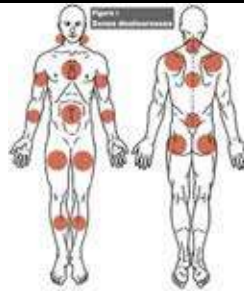


Tableau 3			Scores
Zones douloureuses			0.19
Echelle de sévérité	Fatigue		0.3
	Troubles du sommeil		0.3
	Troubles cognitifs		0.3
	Symptômes somatiques		0.3
0 : pas de problème 1 : très léger 2 : modéré 3 : sévère			<b>SCORE TOTAL: / 31</b>

Séance 1 : 22/31

Séance 2 : 16,3/31

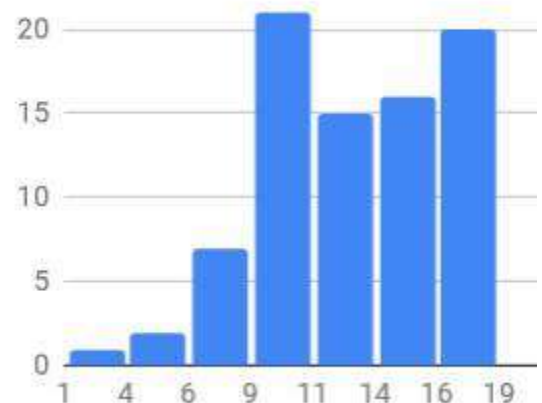
Séance 3 d'auto-évaluation : 13,5/31

**Gain de 27% par rapport à la 1<sup>ère</sup> séance**

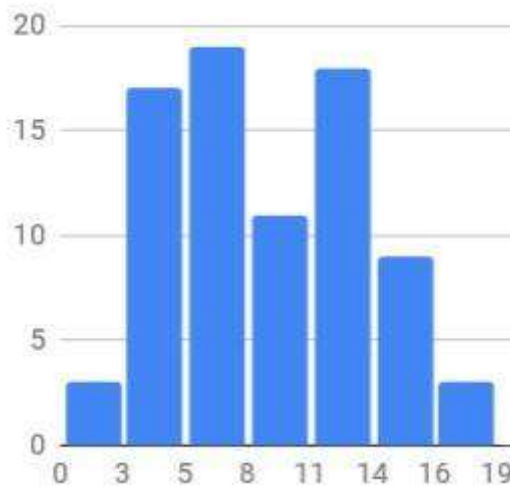
**DÉTAIL ZONES DOULOUREUSES et ECHELLES DE SÉVÉRITÉ :**

**Scores d'évaluation des zones de douleurs (maxi 19)**

Séance 1 : **moyenne=13,2/19**

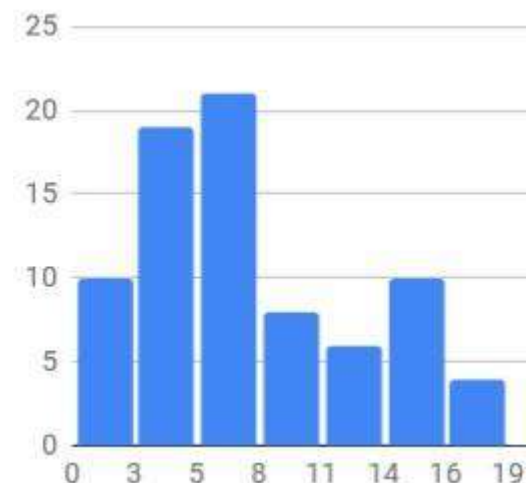


Séance 2 : **moyenne=9,6/19**



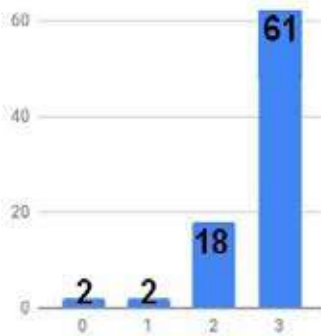
Séance d'auto-évaluation : **moyenne=8,3/19**

**Gain de 26% par rapport à la 1<sup>ère</sup> séance**

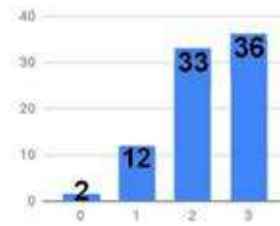


**Scores d'évaluation de la sévérité des symptômes (fatigue, troubles du sommeil, troubles cognitifs, symptômes somatiques).**

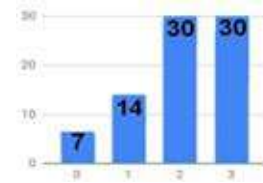
★ **Fatigue** notée : 0-pas de problème 1-très léger 2-moderé 3-sévère



1<sup>ère</sup> séance Moy.:2,7



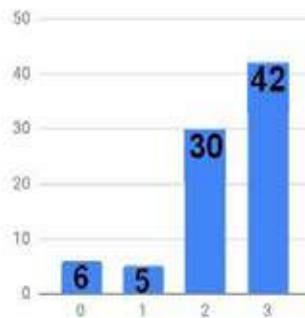
2<sup>ème</sup> séance Moy.:2,3



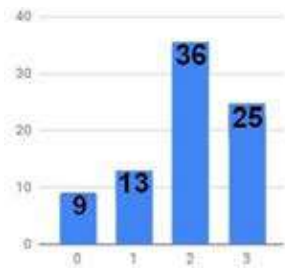
séance d'auto-évaluation Moy.:2

★ **Troubles du sommeil**

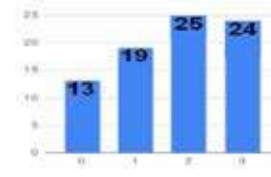
même notation



1<sup>ère</sup> séance Moy.:2,3



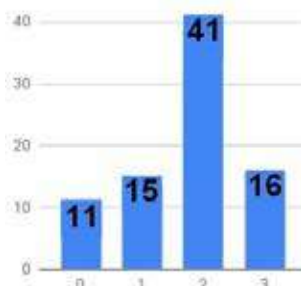
2<sup>ème</sup> séance Moy.:1,9



séance d'auto-évaluation Moy.:1,7

★ **Troubles cognitifs**

même notation



1<sup>ère</sup> séance Moy.:1,7



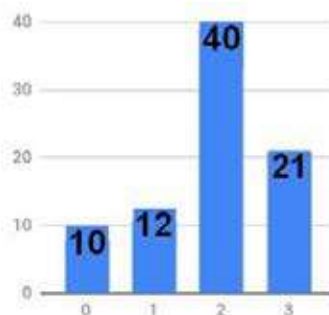
2<sup>ème</sup> séance Moy.:1,4



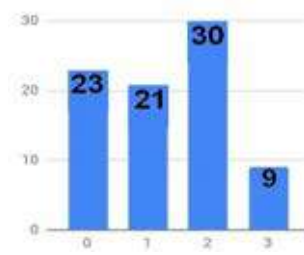
séance d'auto-évaluation Moy.:1,1

★ **Symptômes somatiques**

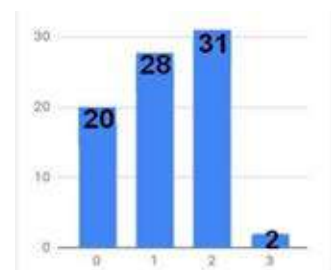
même notation



1<sup>ère</sup> séance Moy.:1,9

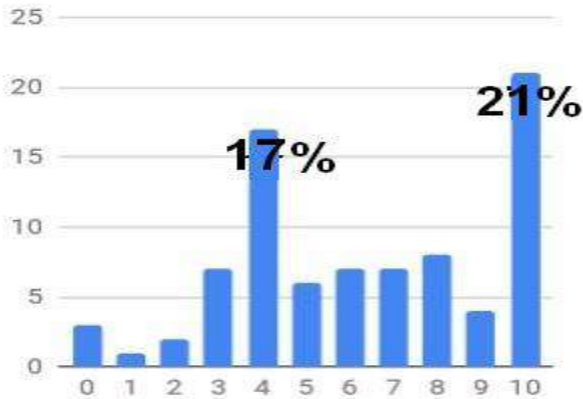


2<sup>ème</sup> séance Moy.:1,3

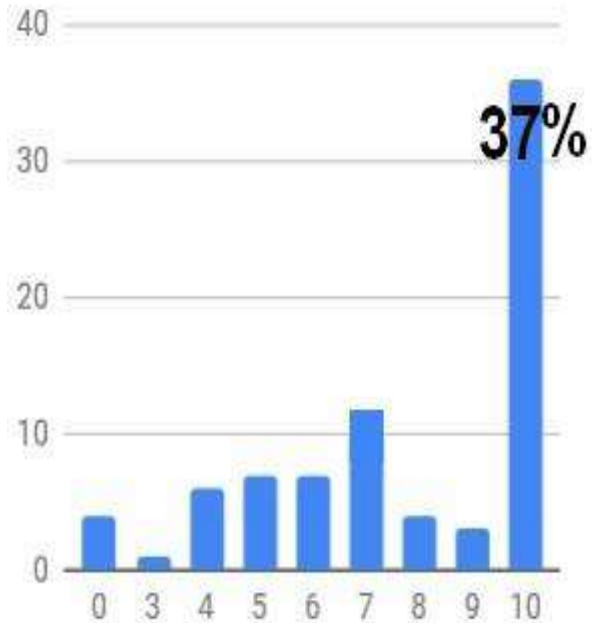


séance d'auto-évaluation Moy.:1,2

**ÉPUISEMENT** Rappel : si RAC =10 pour 10 flash --> potentiel d'adaptabilité normal  
 si RAC = 0 au premier flash --> épuisement total



Début de séance 1 **Moy. : 6,3/10**



Début de séance 2 **Moy. : 7,6/10**

## C) IDENTIFICATION DES ZONES TRAITÉES

Rappelons brièvement la méthode :

- Chercher des points réactifs à l'aide d'un **détecteur électrique** dans l'aire ectodermique ainsi que dans la surface pré-tragale (partie grisée de l'annexe 3) sans exécuter de traitement.
- Bilan des obstacles et **traitement**.
- De nouveau recherche des points réactifs et **traitement**.

### a) Première séance

D'entrée il a été trouvé de 0 à 11 points avec une moyenne de 3 points puis après traitement des obstacles certains points sont confirmés par contre d'autres (points verts sur schéma) apparaissent dans 49% des cas.

Puis un traitement variant de 0 à 7 points avec une moyenne de 2,3 sur OD dont 80% de traitement entre 1 et 3 points et une moyenne de 1,8 sur OG dont 53 % de 1 à 3 points.

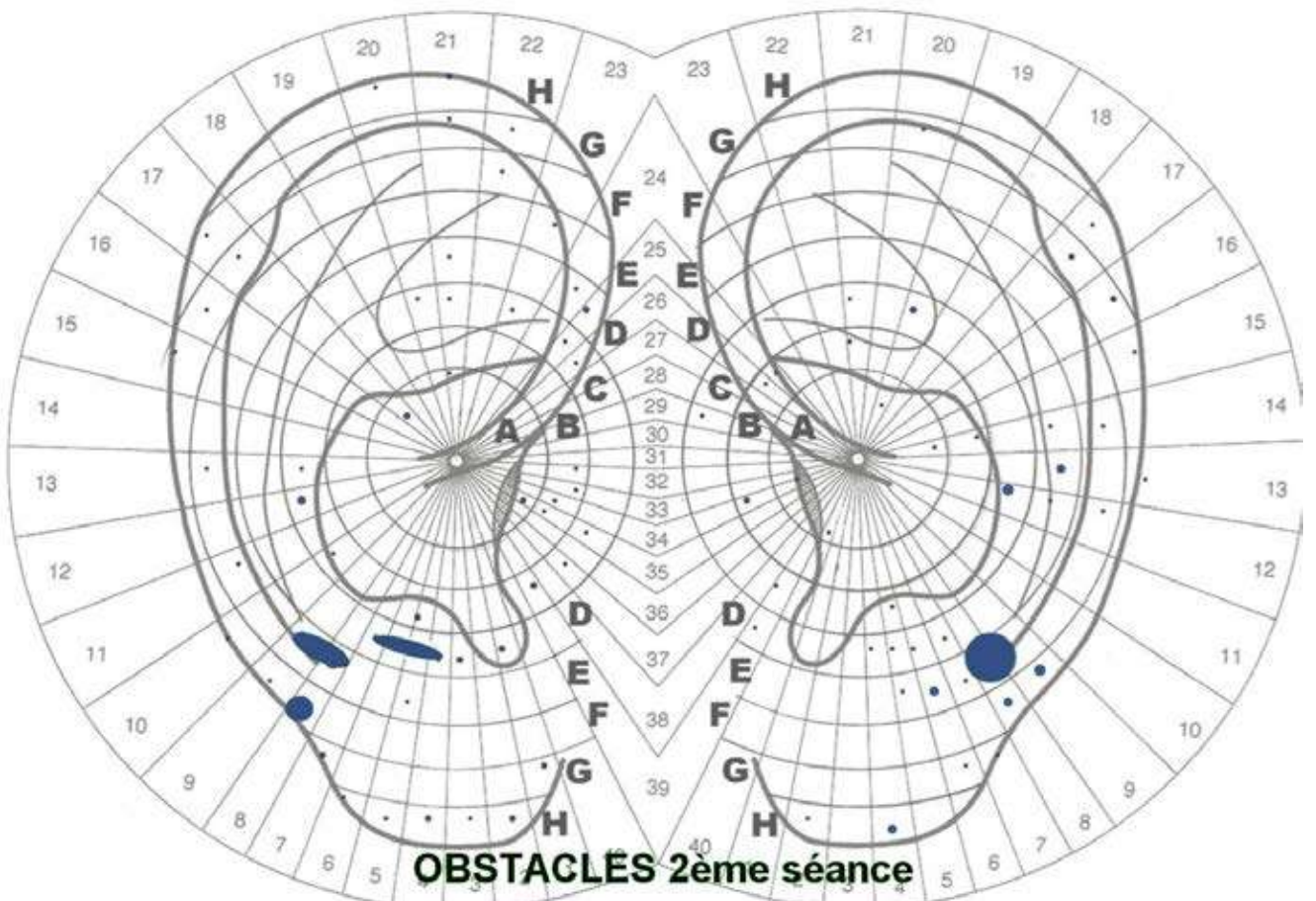
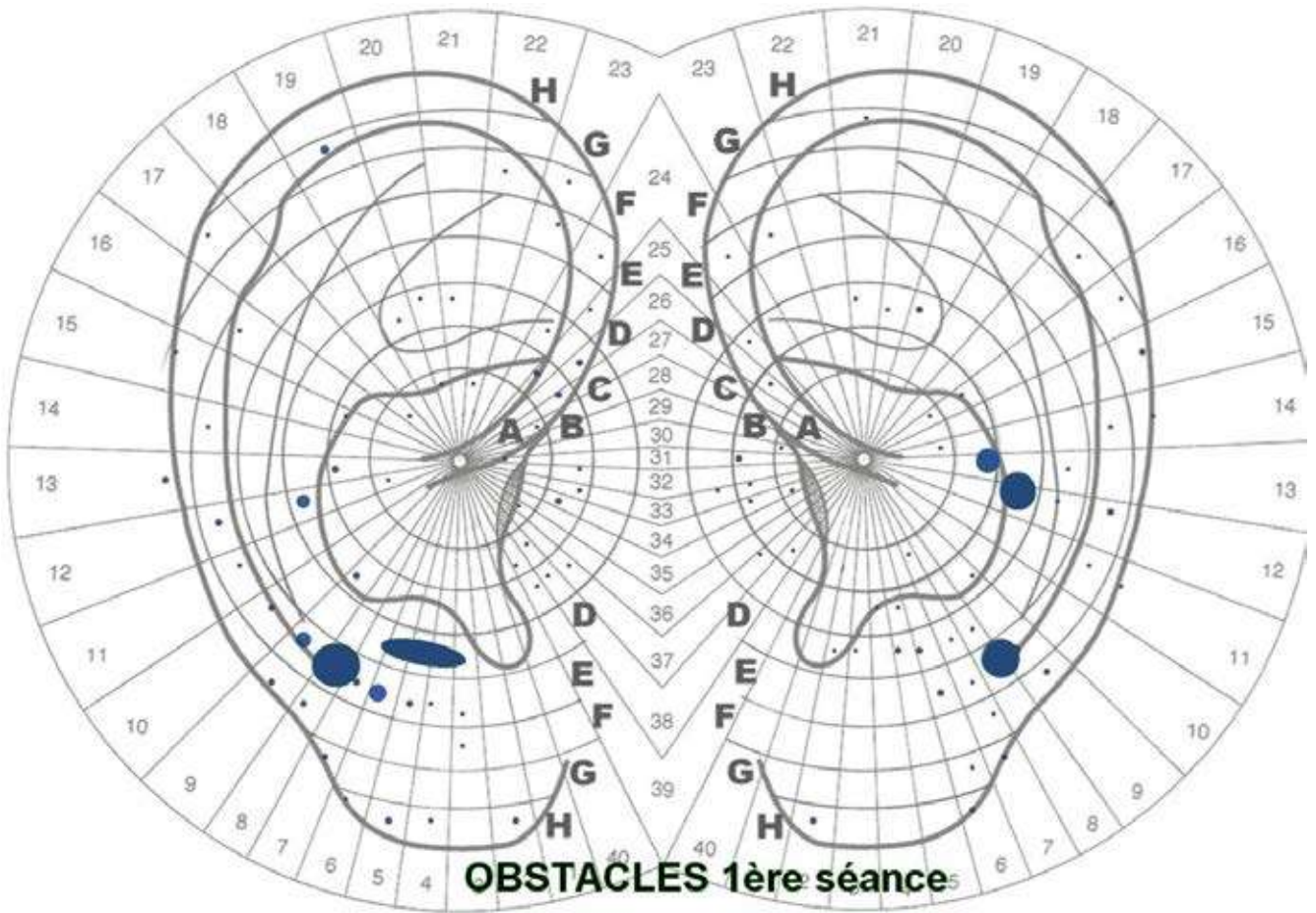
### b) Deuxième séance

En première détection nous trouvons de 0 à 13 points avec une moyenne de 2,9 points.

"Nouveaux" points (verts) trouvés après traitement des obstacles chez 41% des personnes, pas forcément les mêmes que lors de la première séance.

Traitement en fin de séance variant de 0 à 6 points avec une moyenne de 2,2 sur OD dont 69% de traitement entre 1 et 3 points et une moyenne de 2,1 sur OG dont 64% de traitement entre 1 et 3 points.

**c) Recherche et traitement des obstacles**





## Obstacles trouvée lors du protocole :

### ➔ **Syndrome de la première côte élevée ou syndrome du défilé thoraco-brachial**

Traité en première séance : 27% des personnes reçues dont 71% OG et 29% OD  
Sur l'ensemble des personnes traitées en 1<sup>ère</sup> séance la moitié a dû être traitée de nouveau, dont 70% OG et 30% OD.

Traité en deuxième séance uniquement : 12% des personnes reçues dont 55% OG et 45% OD.

Soit sur la totalité 27% + 12% = 39% de personnes traitées pour le syndrome de la 1<sup>ère</sup> côte.

### ➔ **Appareil manducateur**

Foyers dentaires :41% des personnes.

Problèmes ATM :38% des personnes.

### ➔ **Cicatrices**

Perturbations chez 48% des personnes.

### ➔ **Latéralité**

Perturbations chez 12% des personnes (pas très significatif car tous les praticiens ne sont pas experts)

### ➔ **Etat de Stress Post Traumatique**

Du fait que le traitement de type ASIS ait été appliqué sans forcément connaître la cause de l'ESPT le pourcentage donné ci-dessous des personnes concernées mélange les traumatismes physiques et/ou psycho-émotionnels (mais ne le sont-ils pas toujours ?)

Les personnes ayant répondu « **oui** » à la question :

« **Avez-vous des souvenirs d'évènements passés proches ou lointains qui reviennent en mémoire et qui perturbent votre quotidien ?** »

représentant **47%** de la cohorte et ont été traitées.

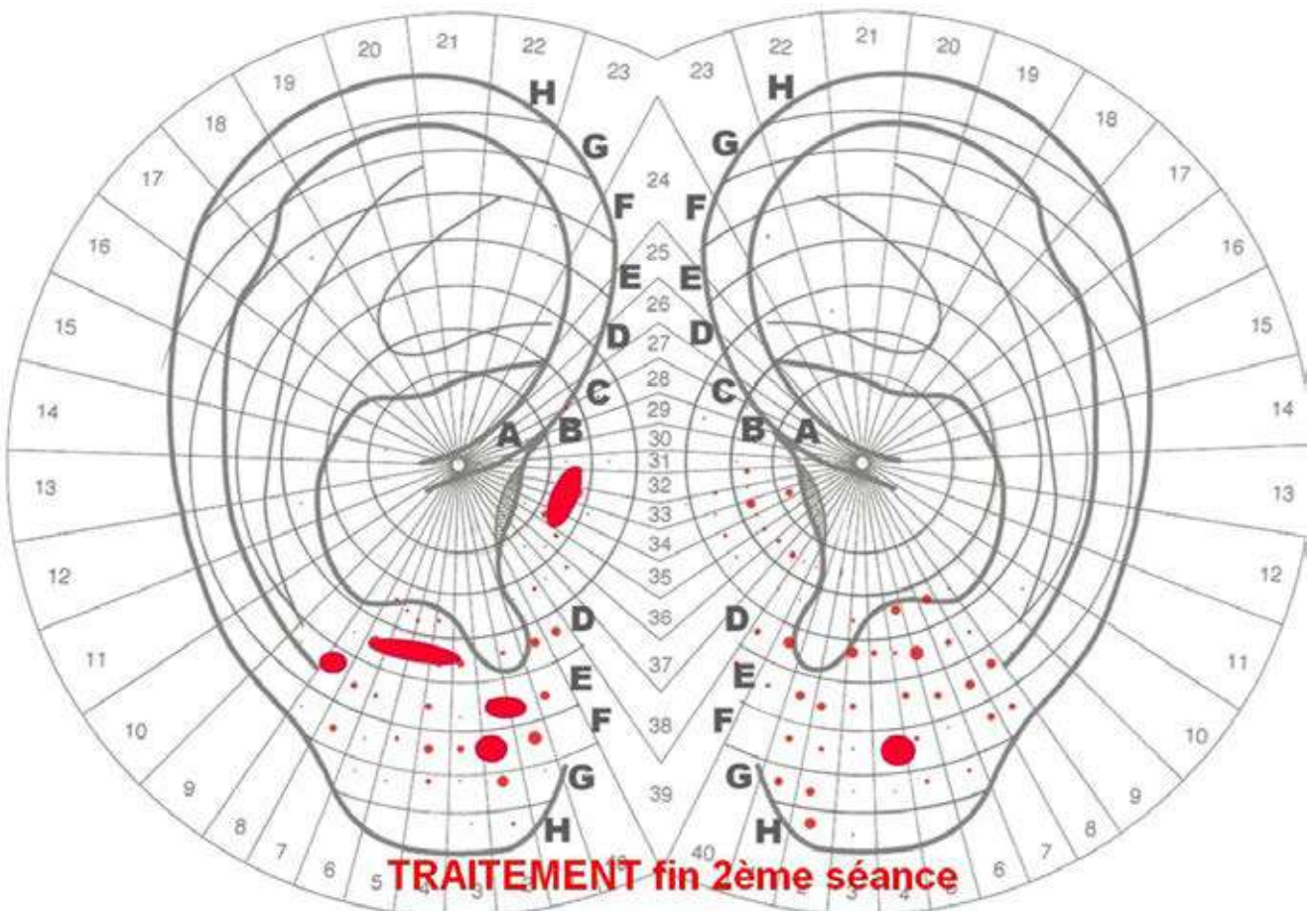
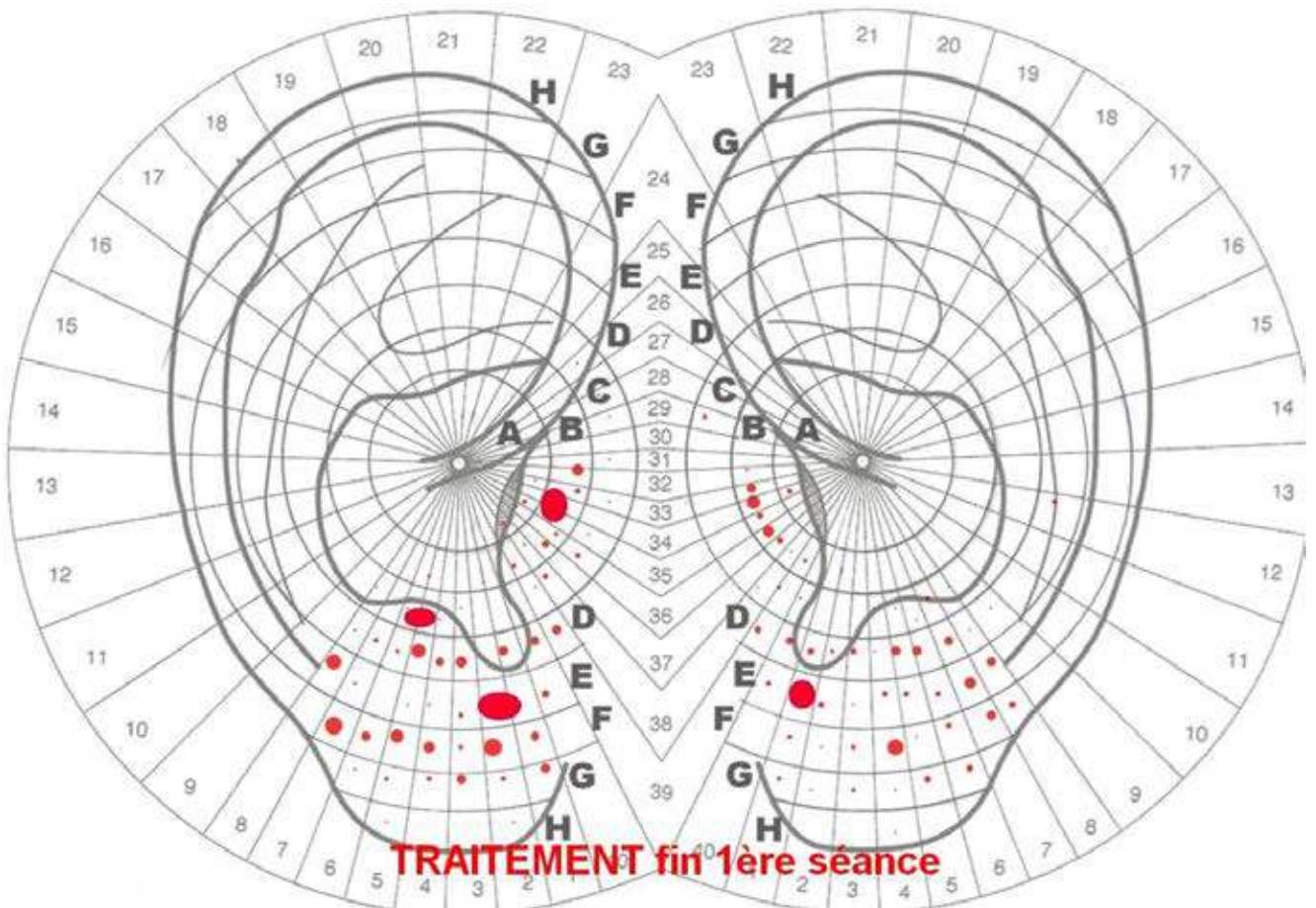
Un certain nombre de personnes ont évoqué spontanément des **évènements marquants anciens mais toujours présents et perturbants**, comme :

- violence familiale durant l'enfance
- décès d'un proche
- abus sexuel
- abandon

D'autres ont fait un **lien entre l'apparition des premiers symptômes** et :

- une opération
- une maladie grave
- un accident de voiture
- une chute
- l'annonce d'un décès
- après hystérectomie

**d) Traitement de fin de séance**



➔ 1- Si nous utilisons la cartographie de 1987 de P. Nogier

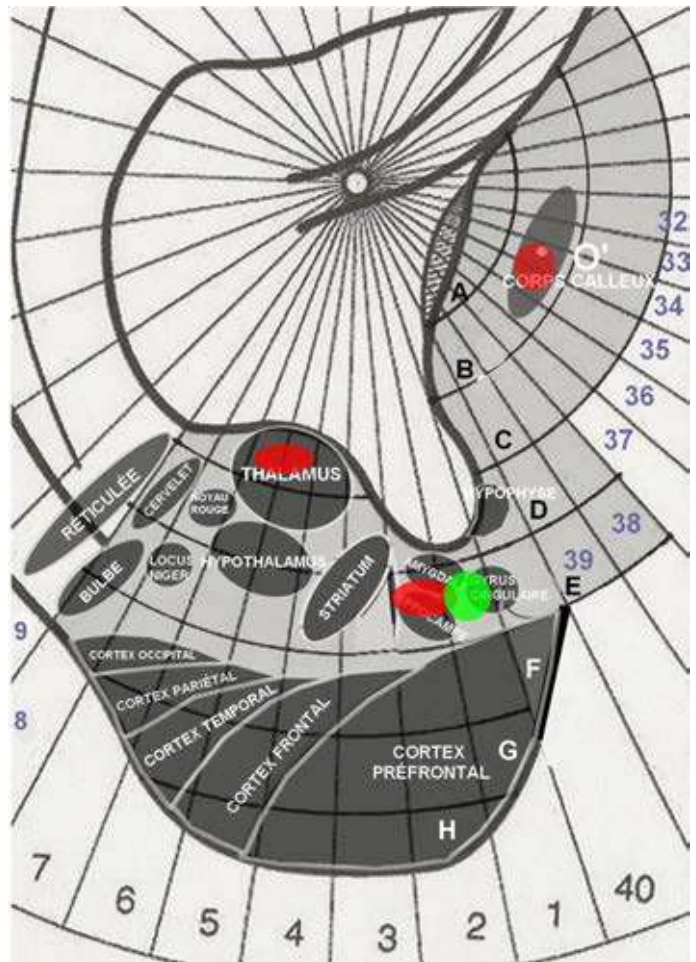
**Résultats de la 1<sup>ère</sup> séance**

Rouge : Oreille Droite

Vert : Oreille gauche

Zones impliquées :

- B32 à B36 corps calleux / Symétrie
- C4 à C6 thalamus
- E1 gyrus cingulaire (OG)
- E2 noyau amygdalien / hippocampe



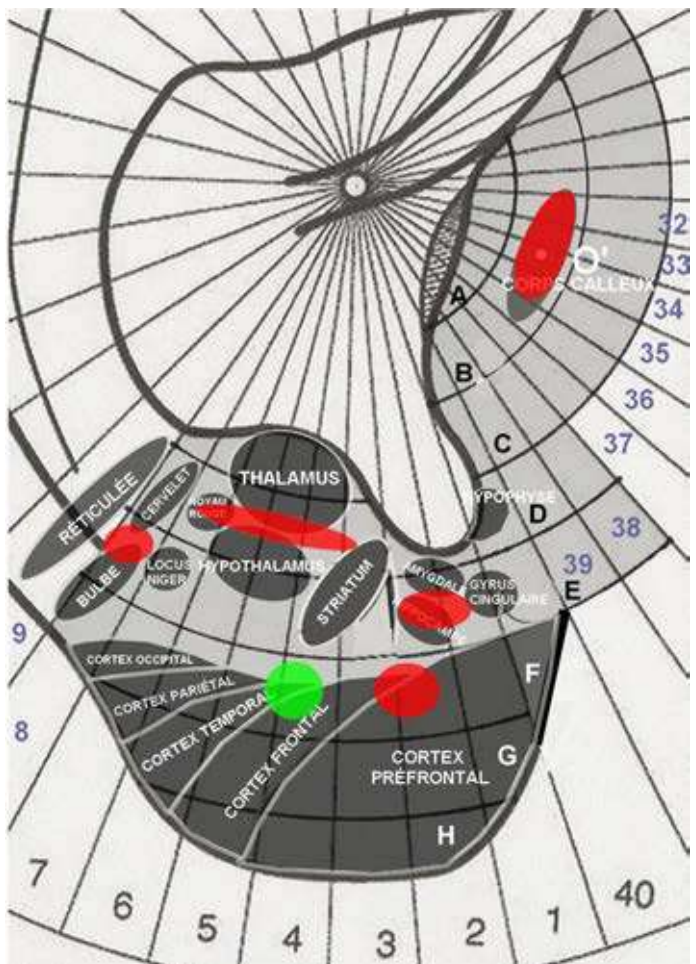
**Résultats de la 2<sup>ème</sup> séance**

Rouge : Oreille Droite

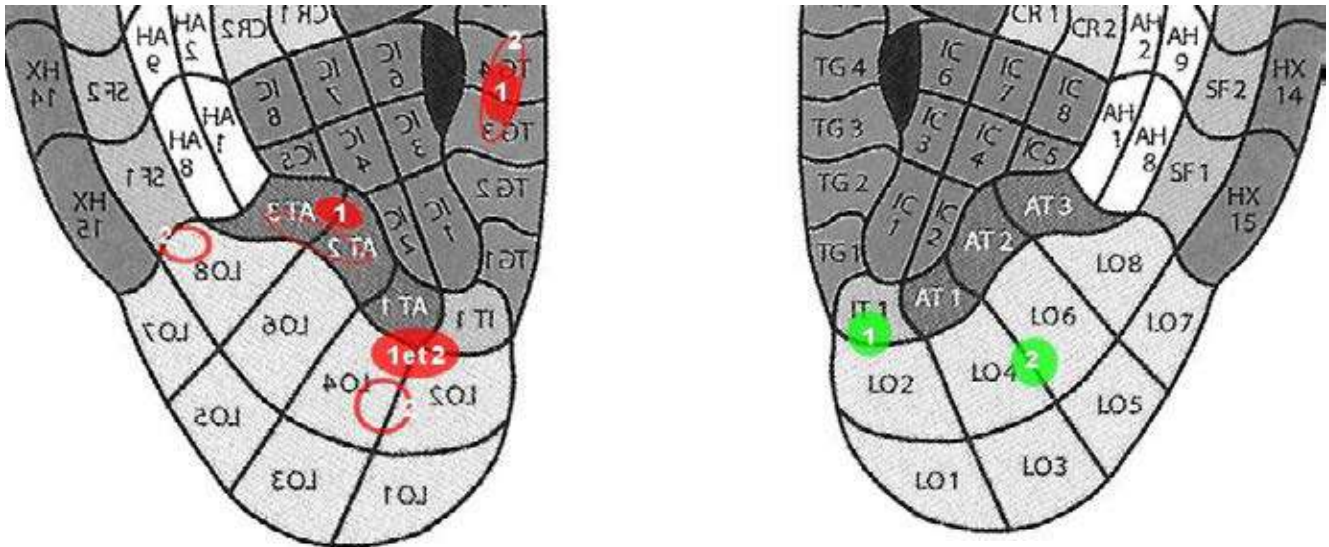
Vert : Oreille gauche

Zones impliquées :

- B32 à B36 corps calleux
- D4 à D7 transmission thalamus / hypothalamus/ligne des sons/ hypothalamus moyen
- E2 noyau amygdalien / hippocampe
- E8 E9 formation réticulée/bulbe/cervelet
- F2 F3 cortex préfrontal
- F4 F5 cortex frontal /Point Maître Sensoriel (OG)



➔ 2- Si nous utilisons la cartographie de T. Oleson

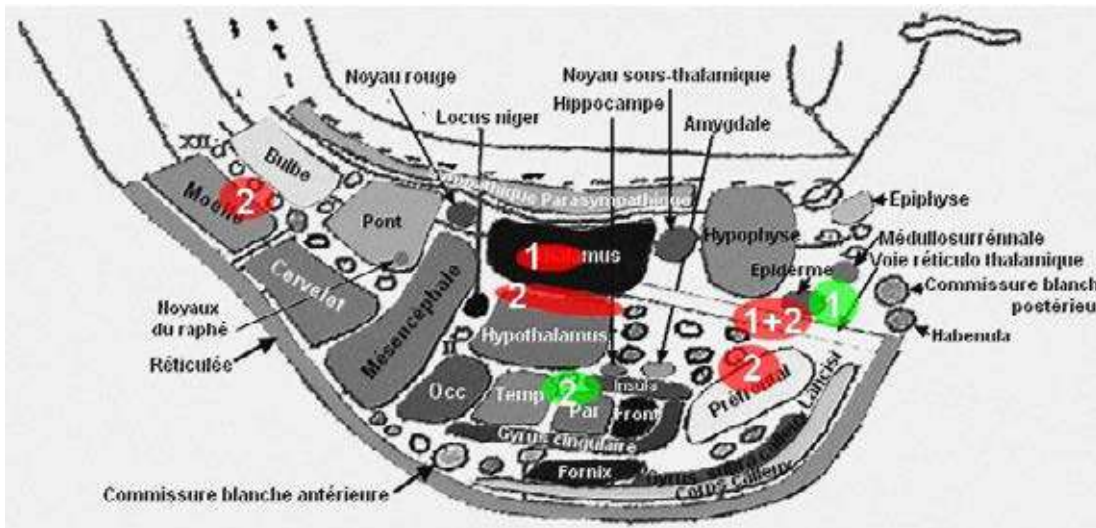


Légende : Rouge plein = 1<sup>ère</sup> séance OD. Rouge anneau = 2<sup>ème</sup> séance OD.  
Vert = 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> séance OG

Zones impliquées :

- AT3 cortex occipital / cervelet
- LO2 système limbique / cortex frontal / amygdale / hippocampe
- LO4 Point Maitre Sensoriel
- LO6 cortex temporal / substantia nigra
- LO8 medulla oblongata / formation réticulaire
- IT1 gyrus cingulaire
- TG2 TG3 TG4 corpus callosum

➔ 3- Si nous utilisons la cartographie de 2006 de B. Julienne et A. Mallard



Légende : Première séance = 1. Deuxième séance = 2.

En rouge -> Zones sur Oreille Droite (OD) En vert -> Zone sur Oreille gauche (OG)

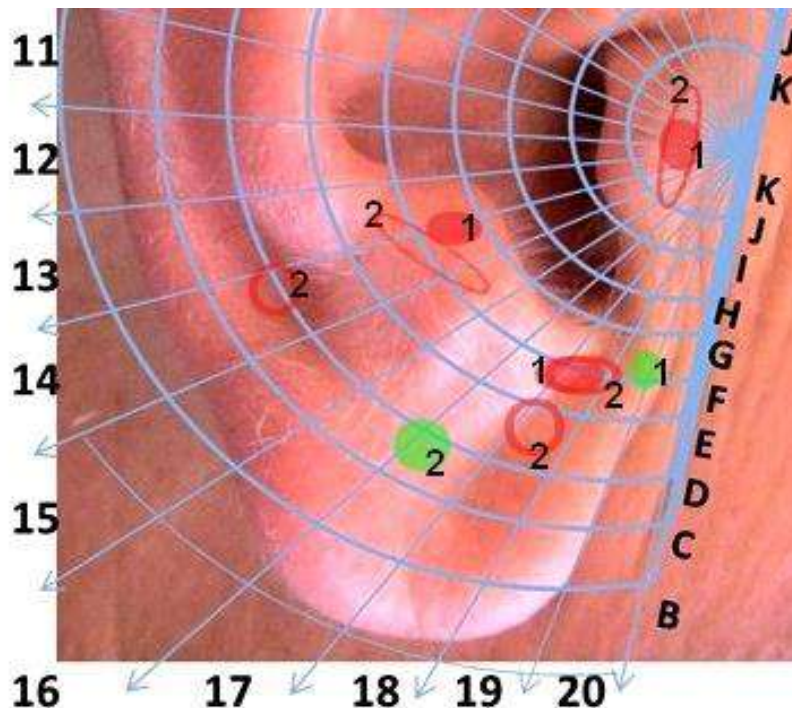
Zones impliquées :

- thalamus
- transmission thalamus / hypothalamus
- voie réticulo-thalamique
- cortex préfrontal - cortex temporal / pariétal
- bulbe- moelle- nerfs crâniens
- médullosurrénale - épiderme

➔ 4- Si nous utilisons la cartographie de 2010 de D. Alimi

Zones impliquées :

C16/17	lobe occipital
D14	noyau nerf sensitif IX
D17	PMS / oeil
E14	point maître du sympathique
E18	lobes frontal et temporal
F14	hippocampe
F18	TSH
G13	hypothalamus postérieur
G 14	thalamus
K12	corps calleux



Légende : 1<sup>ère</sup> séance rond rouge OD.  
2<sup>ème</sup> séance cercle rouge OD.  
En vert zone sur OG.

**APPRÉCIATION GLOBALE** au cours de l'auto-évaluation 4 semaines après la 2<sup>ème</sup> séance

Appréciation donnée par téléphone sur les résultats des 2 séances d'auriculothérapie :

- TRÈS BON ET -BON : 14% + 41% = 55%
- AMÉLIORATION TRANSITOIRE : 37%
- PAS D'AMÉLIORATION : 8%

L'analyse du croisement des données d'appréciation globale avec les différents obstacles n'a rien donné de significatif.

Des observations faites au cours de ce protocole seraient à confirmer :

- a) Il y avait deux fois moins de syndrome de 1<sup>ère</sup> côte chez les personnes ayant donné une appréciation finale : "BON" ou "TRES BON".
- b) Des "inversions neuro végétatives" ont été décelées plus souvent chez les personnes ayant donné comme appréciation finale : "PAS D'AMÉLIORATION"

## D) IMPRESSIONS GÉNÉRALES

Les différents graphiques ci-dessus donnent une impression d'amélioration des symptômes au dire des personnes reçues.

Nous développerons dans le paragraphe 8 l'effet subjectif de cette mesure.

Les scores de ressenti des douleurs identifiées localement sur schéma corporel (p21) ont été moindres que les score de ressenti global des douleurs en début de séance (p19).

Il semblerait donc que la globalité de l'impression de douleur est plus intense sans désigner précisément les parties corporelles impliquées.

Pour beaucoup les douleurs ont diminuées d'intensité après traitement mais l'effet n'a pas été durable.

Les troubles cognitifs et somatiques ont notablement diminués.

Les troubles du sommeil se sont améliorés mais dans des proportions moindres que les autres symptômes.

De façon générale, nous avons constaté un **regain d'énergie** aux dires des sujets même si cela ne tenait que quelques jours.

Les praticiens utilisant le RAC ont constaté en deuxième séance une nette amélioration de la capacité d'adaptation de l'organisme en mesurant l'épuisement à l'aide de la méthode avec flashes.

Mais peut-on mesurer la satisfaction qu'a le praticien à avoir de bons résultats ???...

## CONSTATATIONS AU SUJET DES ZONES TRAITÉES EN TANT QU'OBSTACLES

En l'absence de données statistiques sur la fréquence des obstacles dans la population générale et dans nos patientèles nous ne donnerons qu'une impression sur ce sujet.

Il semblerait que le syndrome de la **1<sup>ère</sup> côte élevée** trouvé **dans le protocole** (39%) soit plus fréquent que dans la patientèle habituelle (c'est une impression car il n'existe pas d'étude sur ce sujet).

Il en est de même pour les troubles de l'**appareil manducateur** (foyers dentaires 41%, dysfonction ATM 38%) et les perturbations dues aux **cicatrices** (48%).

La proportion supposée d'**état de stress post traumatique** (ESPT) semble nettement plus élevée dans le cadre du protocole (47%) que dans la patientèle habituelle (non évaluée précisément).

Il est marquant de constater que l'apparition des premiers symptômes de la fibromyalgie est souvent (aucune exploration statistique dans cette étude, ni ailleurs à notre connaissance) concomitante d'un traumatisme physique ou/et psycho-émotionnel.

## REPÉRAGE SUR LES DIFFÉRENTES CARTOGRAPHIES

Les zones traitées, "OBSTACLES ou TRAITEMENT" (1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> séances confondues) sont les suivantes en fonction des **différents sectogrammes que nous appellerons** :  
**ROMOLI / P.NOGIER, ALIMI ou OLESON.**

### **OBSTACLES**

#### **Syndrome de première côte élevée**

ROMOLI/NOGIER Oreille Droite (OD) et Oreille Gauche (OG) : C12 et B13 (majoritairement OG en 1<sup>ère</sup> s.)

ALIMI F11 et F10

OLESON AH2/AH3 et CW6

#### **Dysfonction articulation temporo mandibulaire**

ROMOLI/NOGIER E8E9 sur OD et OG (surtout en 2<sup>ème</sup> séance) ALIMI D15 OLESON LO8

#### **Foyers dentaires**

ROMOLI/NOGIER F8 sur OD ALIMI C15 OLESON LO7

#### **Cicatrices**

Pas de concentration de points. Répartition en fonction des localisations.

#### **Etat de Stress Post Traumatique**

Utilisation de la méthode ASIS (18)

ROMOLI/NOGIER D4 à D7 surtout sur OD ALIMI F15 à F17 OLESON LO6

### **TRAITEMENT**

#### **Corps calleux** (principalement sur OD et plus accentué en 2<sup>ème</sup> séance)

ROMOLI/NOGIER B323 à B35 ALIMI K12 OLESON TG1 à TG5

#### **Thalamus** (en 1<sup>ère</sup> séance OD)

ROMOLI/NOGIER C5 C6 ALIMI G14 OLESON AT2 AT3

#### **Liaison Thalamus/Hypothalamus – Noyau rouge** (en 2<sup>ème</sup> séance et OD)

ROMOLI/NOGIER D3 à D7 ALIMI G13 G15 OLESON LO6

#### **Amygdale – Hippocampe – Gyrus cingulaire** (les 2 séances OD et OG)

ROMOLI/NOGIER E1 E2

pour ALIMI il s'agit en F18 de la TSH et peut être en G19 les noyaux habénulaires

OLESON LO2 IT1

#### **Formation réticulée – Bulbe – Cervelet - Moelle** (en 2<sup>ème</sup> séance OD)

ROMOLI/NOGIER E8 E9 pour ALIMI noyau nerf sensitif IX en D14 OLESON LO8

#### **Cortex préfrontal** (en 2<sup>ème</sup> séance OD)

ROMOLI/NOGIER F2F3 pour ALIMI lobes frontal et temporal en E18 OLESON LO2 LO4

#### **Cortex frontal Cortex temporal Point maître sensoriel** (2<sup>ème</sup> séance OG)

ROMOLI/NOGIER F4 F5 ALIMI D17 pour PMS et plutôt lobe occipital OLESON LO4 LO6

## 7- INTERPRETATION DES DONNÉES

### **Nous sommes conscients de certains biais dans notre approche :**

- diversité des formations, des expériences et des préjugés des praticien-ne-s ;
- traitements non codifiés (chacun-e a traité à sa façon) ;
- nous n'avons pas eu de contrôle sur la façon d'enregistrer les ressentis de douleur;
- certain-e-s ont utilisés le RAC après la détection électrique pour choisir les points à traiter ;
- la disponibilité, l'empathie, la relation soignant-soigné sont non-mesurables ;
- nous n'avons pas prévu l'exclusivité de l'auriculothérapie vis-à-vis des autres interventions non médicamenteuses.

### **OBSTACLES et TRAITEMENT**

Nous pouvons remarquer :

- que la zone E8 apparait dans les problèmes d'ATM mais aussi dans le traitement impliquant la formation réticulée et la moelle. Or nous savons que cette formation est à l'interface des systèmes autonome, sensitif et moteur et qu'elle a un rôle de contrôle des activités du cerveau et de la moelle épinière en activant ou en inhibant les messages nerveux dont la douleur.

*"On observe une connectivité réduite avec le thalamus dans le réseau inhibiteur de la douleur pendant une stimulation douloureuse externe, qui pourrait être à la base de la permanence de la douleur dans la fibromyalgie."* (ref 1 p.519)

- que la "ligne des sons" (\*) traitée en obstacle (ESPT) apparait également en traitement sur OD en 2<sup>ème</sup> séance comme une zone entre thalamus et hypothalamus. La dopamine joue un rôle central dans la modulation de la douleur et de l'analgésie dans le thalamus. Le thalamus est le relais entre le tronc cérébral et le cortex.

### **TRAITEMENT**

On peut observer le traitement de la zone du corps calleux aux 2 séances sur OD.

La zone amygdale, hippocampe et gyrus cingulaire a été sollicitée en première et deuxième séance sur les deux oreilles.

Les zones du cortex préfrontal (OD) et frontal (OG) apparaissent en 2<sup>ème</sup> séance. Faut il y voir une suite du travail conjoint de première séance sur la mise à la conscience d'éléments anciens perturbateurs par la méthode ASIS ? Une régulation du système limbique ?

La zone de la formation réticulée a été détectée fréquemment au cours du protocole.

*"L'insula antérieure, l'ACC et les zones qui font partie du système spinothalamique médian, comme le tronc cérébral, les noyaux ventro-médians du thalamus, le système limbique et le cortex orbitofrontal, seraient davantage impliqués dans les aspects affectifs et motivationnels de la douleur."* (ref 1 p.514)

(\*) Nom donné par Paul NOGIER à une zone allongée entre les zones thalamus et hypothalamus qui pourrait correspondre à l'aire auditive.



## 8- DISCUSSION ET PROSPECTIVES

### HUMILITÉ et QUESTIONNEMENT

Pour le plaisir rappelons ce que disait Claude BERNARD (19) dans l'Introduction à l'étude de la médecine expérimentale :

*” Un médecin qui essaye un traitement et qui guérit ses malades est porté à croire que la guérison est due à son traitement. Souvent des médecins se vantent d'avoir guéri tous leurs malades par un remède qu'ils ont employé. Mais la première chose qu'il faudrait leur demander, ce serait s'ils ont essayé de ne rien faire, c'est-à-dire de ne pas traiter d'autres malades ; car, autrement, comment savoir si c'est le remède ou la nature qui a guéri ?”*

C'était en 1865, et depuis il y a eu beaucoup de réflexion sur la nature même du soin, de son type et de son efficacité. Il a été prouvé que l'effet placebo existe.

Notre apport avec cette étude se range du côté du **soulagement des effets de la fibromyalgie**.

Peut-être, au vu de ce qui est dit plus haut, serions-nous dans la **gestion du stress**.

Il nous a semblé que les personnes reçues nécessitaient un temps plus long et une écoute encore plus empathique qu'habituellement.

*”La répétition des expériences traumatisantes et stressantes, qu'elles soient liées à des traumatismes physiques (accidents domestiques ou de la voie publique, hospitalisations répétées, maladies chroniques, etc.) ou psychologiques (maltraitance dans l'enfance et abus sexuels notamment), peut entraîner des perturbations des systèmes de réponse au stress, via notamment les nombreuses connexions qui existent entre l'hypothalamus et l'amygdale, l'hippocampe ou le cortex préfrontal” (ref 1 p.738)*

### PROPOSITIONS DE PISTES DE TRAVAIL ET DE VALIDATION DE PROTOCOLE.

Tout d'abord il faut viser un **équilibre global** en tenant compte de l'alimentation, de l'exercice physique, de la gestion du stress et de l'aménagement de périodes de relaxation/récupération.

Non prévue dans notre méthodologie, il pourrait être intéressant **d'explorer l'environnement de l'apparition des premiers symptômes de la fibromyalgie**. Les quelques témoignages que nous avons pu recueillir évoquent des traumatismes physiques et/ou psychologiques concomitants à l'apparition des premiers signes douloureux : accident, chute, opération, deuil, maladie grave, violence, abus sexuel, souvent avec un reliquat de peur et/ou de colère.

Un **bilan postural** pourrait s'avérer judicieux.

La manifestation auriculaire de la formation réticulée pontique et bulbaire que nous avons perçue pourrait indiquer que cette zone primordiale (centre d'intégration nerveuse) pour le maintien du tonus musculaire pourrait dysfonctionner. Un traitement postural conjoint serait à étudier

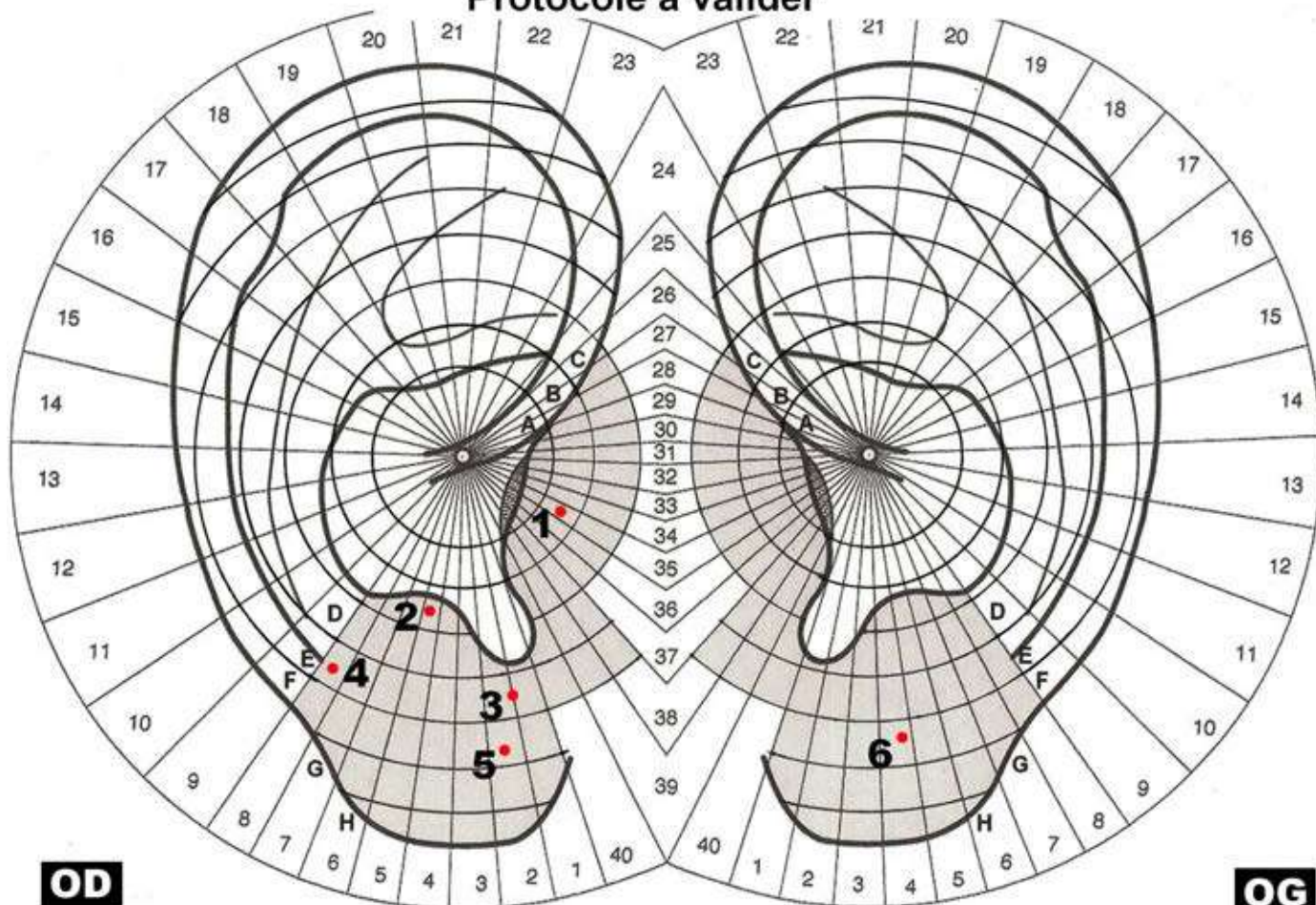
En ce qui concerne l'auriculothérapie nous proposons, évidemment, de traiter **en premier** les obstacles et particulièrement les états de stress post traumatiques, les problèmes manducateurs et les syndromes de première côte élevée.

Ensuite nous proposons de valider le protocole ci-dessous sur un nombre suffisant de cas.

Une autre idée pourrait être de régler les problèmes d'obstacles dans une première séance puis d'évaluer, et en fonction, de traiter lors d'une deuxième séance selon ce protocole.

Nous recommandons une visite trimestrielle après avoir défini et constaté des progrès.

## Protocole à valider



Déroulé du protocole pour tous en vérifiant l'inverse pour les gauchers et ambidextres.

**Tous les points devront être cherchés au détecteur électrique.**

- |          |  |                                      |                           |
|----------|--|--------------------------------------|---------------------------|
| <b>1</b> | O'   | corps calleux                        | sur OD pour les droitiers |
| <b>2</b> | C5C6   | thalamus                             | sur OD pour les droitiers |
| <b>3</b> | Tester la zone amygdale/hippocampe/gyrus cingulaire et traiter la plus significative OD et/ou OG |                                      |                           |
| <b>4</b> | E8   | réticulée si pas traitée en obstacle | sur OD pour les droitiers |
| <b>5</b> | F2   | cortex préfrontal                    | sur OD pour les droitiers |
| <b>6</b> | F4   | cortex frontal                       | sur OG pour les droitiers |

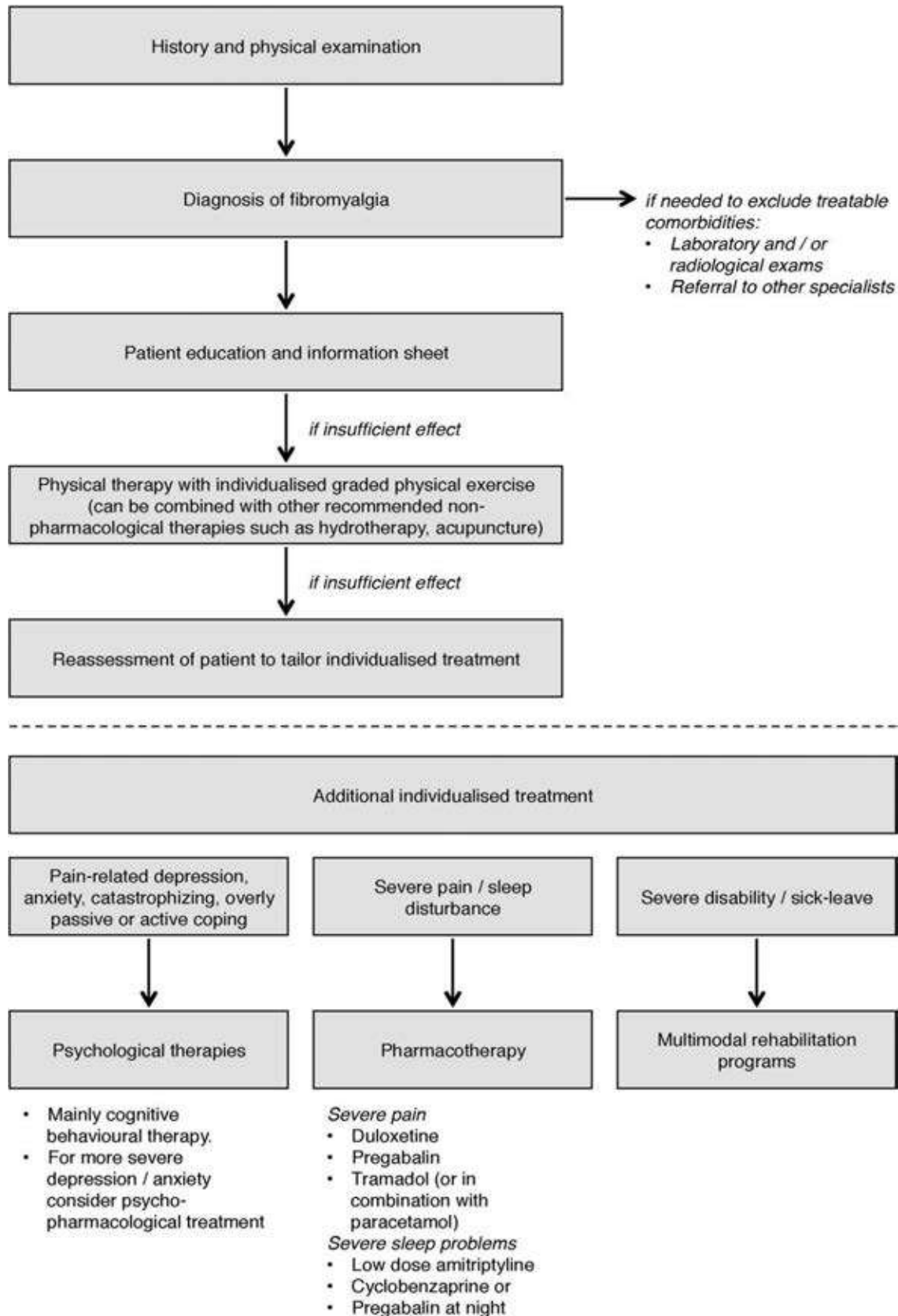
**L'ensemble des protocoles réalisés est à votre disposition au GLEM pour poursuivre...**  
**Renseignements :** [pauline\\_vandromme@yahoo.fr](mailto:pauline_vandromme@yahoo.fr) ou [mbabi@free.fr](mailto:mbabi@free.fr) ou [defontainesbernard@gmail.com](mailto:defontainesbernard@gmail.com)

## **9- BIBLIOGRAPHIE**

- (0) [Centre Hospitalier Universitaire Vaudois](http://www.chuv.ch/fr/rhumatologie/rhu-home/patients-et-famille/maladies-traitees/fibromyalgie-et-syndromes-douloureux-chroniques) Service de rhumatologie  
<https://www.chuv.ch/fr/rhumatologie/rhu-home/patients-et-famille/maladies-traitees/fibromyalgie-et-syndromes-douloureux-chroniques>
- (1) INSERM Fibromyalgie. Collection Expertise collective. Montrouge: EDP Sciences 2020  
[Rapport d'expertise collective INSERM 2020.](https://www.inserm.fr/expertise-collective/fibromyalgie/)  
<https://www.inserm.fr/expertise-collective/fibromyalgie/>
- (2) M-A PETIT Discours sur la douleur. Reyman 1798
- (3) Dr M LEVEQUE Libérons nous de la douleur. Buchet Chastel 2022. Page 63.
- (4) A-F ALLAZ, Dre S SIMONA MATEICIUC LEUTKE, Pre C CEDRASCHI  
Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur. Genève.  
Revue Médicale Suisse 2021 ;17 Pages 1200 à 1203.
- (5) Imagerie cérébrale et douleurs André Muller\*, Éric SALVAT\*, Daniel TIMBOLSCHI\*,  
Jacques KOPFERSCHMITT\*\*  
\* Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, hôpital civil, Strasbourg.  
\*\* Service d'accueil des urgences, hôpital civil, Strasbourg. Courrier de l'algologie(6), n° 22 1-2, janvier-juin 2007 p. 21-24
- (6) Docteur Jean François MARC <https://docplayer.fr/18617953-Apport-de-la-neuro-imagerie-fonctionnelle-cerebrale-nifc-a-la-comprehension-de-la-fibromyalgie-fms.html>
- (7) Eric GUEDJ ; 28/04/09 Service central de biophysique et de médecine nucléaire, Timone  
Quelle est la signification clinique des anomalies retrouvées en neuro-imagerie dans la fibromyalgie ?
- (8) Bernard LAURENT INSERM Neuropain. CHU de St-Étienne  
Bull. Acad. Natle Méd., 2013, 197, nos 4-5, 831-846, séance du 16 avril 2013
- (9) R. NOGIER Comment Paul NOGIER a-t-il établi les cartes d'oreilles ? Acupuncture et Moxibustion 2016-15 (1)  
et Communication au Xème Symposium International d'Auriculothérapie juin 2021- p9
- (10) R. NOGIER L'auriculothérapie de P. NOGIER Articles princeps 2021-p67
- (11) J. BOSSY D. PRAT-PRADAL J. TAILLADIER Les microsystèmes de l'acupuncture. Masson. Paris. 1984.
- (12) R. BOURDIOL Eléments d'auriculothérapie. Maisonneuve. 1980.
- (13) Y. ROUXEVILLE Y. MEAS J. BOSSY Auriculothérapie. Springer 2007. Pp 135-156
- (14) P.NOGIER Points reflexes auriculaires. Maisonneuve. 1987.
- (15) B. JULIENNE A. MALLARD Représentations réflexes ectodermiques. Symposium Int. d'Auriculothérapie. GLEM 2000.
- (16) D.ALIMI L'auriculothérapie médicale. Masson 2017.
- (17) T.OLESON Auriculotherapy Manual DyAnsys Inc 1996 Revised 2015.
- (18) D. ASIS A.YOSHIZUMI F.LUZ Auricular Chromotherapy : a novel technique in the treatment of psychological trauma. Deutsche Zeitschrift fur Akupunktur 54, 4/2012
- (19) C. BERNARD Introduction à l'étude de la médecine expérimentale 1865.
- (20) P. MAGNIN P. VIDAL P.BÉCU De la chromothérapie à la médecine photonique. Dangles 2017.

**MOTS CLÉS** : Auriculothérapie – Fibromyalgie – Douleur chronique – GLEM –  
TNM Thérapies Non Médicamenteuses – INM Interventions Non Médicamenteuses

**ANNEXE 1 : Arbre décisionnel proposé par l'European League Against Rhumatism (EULAR)**



## ANNEXE 2 : Critères de diagnostic de la fibromyalgie

### Critères :

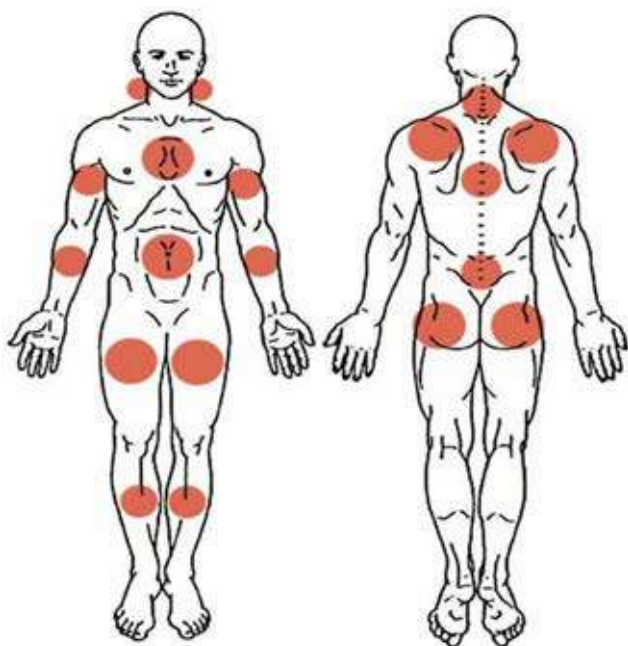
Un patient satisfait aux critères de diagnostic de fibromyalgie, lorsqu'il remplit les trois conditions suivantes :

- Présence des symptômes douloureux depuis au moins trois mois.
- Index de la douleur généralisée (*Widespread pain index*) à 7 et échelle de sévérité des symptômes à 5 ou index de la douleur entre 3 et 6 et échelle de sévérité des symptômes à 9
- Elimination de toute autre cause des douleurs chroniques ostéo-articulaires.

### Constataion :

1. Zones douloureuses(WPI): il faut comptabiliser le nombre de zones douloureuses présentes durant la semaine avant la consultation. Le score est de 0 à 19.

Les zones douloureuses sont configurées dans la **figure** et énumérées dans le **tableau**.



Nuque
Ceinture scapulaire droite et gauche
Haut et bas du dos
Thorax
Abdomen
Art temporo-mandibulaires droit et gauche
Bras droit et gauche
Avant-bras droit et gauche
Hanches droite et gauche (fesses, trochanter)

2. L'échelle de sévérité des symptômes(SS) : Ces symptômes sont cotés de 0 à 3 :

Fatigue

Troubles du sommeil

Troubles cognitifs

} 0 : Pas de problème, 1 : très légers, 2 : modérés, 3 : sévères.

**Symptômes somatiques** : 0 = aucun symptôme, 1 = peu de symptômes, 2 = un nombre modéré de symptômes, 3 = de nombreux symptômes.

*Les symptômes somatiques à prendre en compte : douleur musculaire, syndrome du côlon irritable, fatigue, troubles de mémoire, faiblesse musculaire, mal de tête, douleur/crampes à l'abdomen, engourdissement/picotements, vertiges, insomnie, dépression, constipation, douleur dans le haut de l'abdomen, nausées, nervosité, douleur à la poitrine, vision floue, fièvre, diarrhée, bouche sèche, démangeaisons, respiration sifflante, phénomène de Raynaud, urticaire, traces cutanées, sifflements dans les oreilles, vomissements, brûlures d'estomac, ulcères buccaux, perte ou changement du goût, convulsions, yeux secs, essoufflement, perte d'appétit, éruption, sensibilité au soleil, audition difficile, ecchymoses, perte de cheveux, besoin fréquent d'uriner, miction douloureuse, et spasmes de la vessie.*

---

**Selon ces nouveaux index (WPI de 0 à 19 et Severity scale de 0 à 12) (tableau), on arrive à un score total de 31.**

**Un score  $\geq 13$  a été retenu comme critère de base dans le diagnostic de la fibromyalgie.**

<b>Zones douloureuses</b>		0-19	0-19
<b>Echelle de sévérité</b>	Fatigue	0-3	0-12
	Troubles du sommeil	0-3	
	Troubles cognitifs	0-3	
	Symptômes somatiques	0-3	
		Score total	0-31

FREDERICK WOLFE, DANIEL J. CLAUW, MARY-ANN FITZCHARLES, DON L. GOLDENBERG, ROBERT S. KATZ, PHILIP MEASE, ANTHONY S. RUSSELL, I. JON RUSSELL, JOHN B. WINFIELD, MUHAMMAD B.

YUNUS: The American College of Rheumatology. Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity - Arthritis Care & Research, Vol. 62, No. 5, May 2010, pp 600-610

### ANNEXE 3 : Protocole utilisé (identique 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> séances)

Prénom et Nom du Praticien : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Prénom et 1<sup>ère</sup> lettre du Nom de la Personne reçue : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_  
 Taille : \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_  
 IMC : \_\_\_\_\_

Ancienneté de la maladie : \_\_\_\_\_ Droitier.e ou Gaucher.e ou  
 Ambidextre  
 Diagnostic établi par (mettre la profession, pas le nom) en quelle année ? : \_\_\_\_\_  
 Traitement médicamenteux et/ou autres : \_\_\_\_\_

Evaluation du ressenti des douleurs la semaine dernière de 0 à 10 (0 = pas de douleur, 10= insupportable) :  
**/10**

Evaluation du ressenti du bien-être mental la semaine dernière de 0 à 1 (0 = pas de gêne, 10= insupportable):  
**/10**

« Quel est le problème qui vous préoccupe le plus en ce moment en lien avec cette maladie ? » : \_\_\_\_\_  
 « Avez-vous des souvenirs d'évènements passés proches ou lointains qui reviennent en mémoire et qui perturbent votre quotidien ? »: Si la réponse est OUI envisager un ESPT à traiter.

**EVALUATION DOULEUR / LIEU** (fig1 et tableau 2) et **SÉVÉRITÉ des SYMPTÔMES** (tableau 3)

SCORE = **/31**

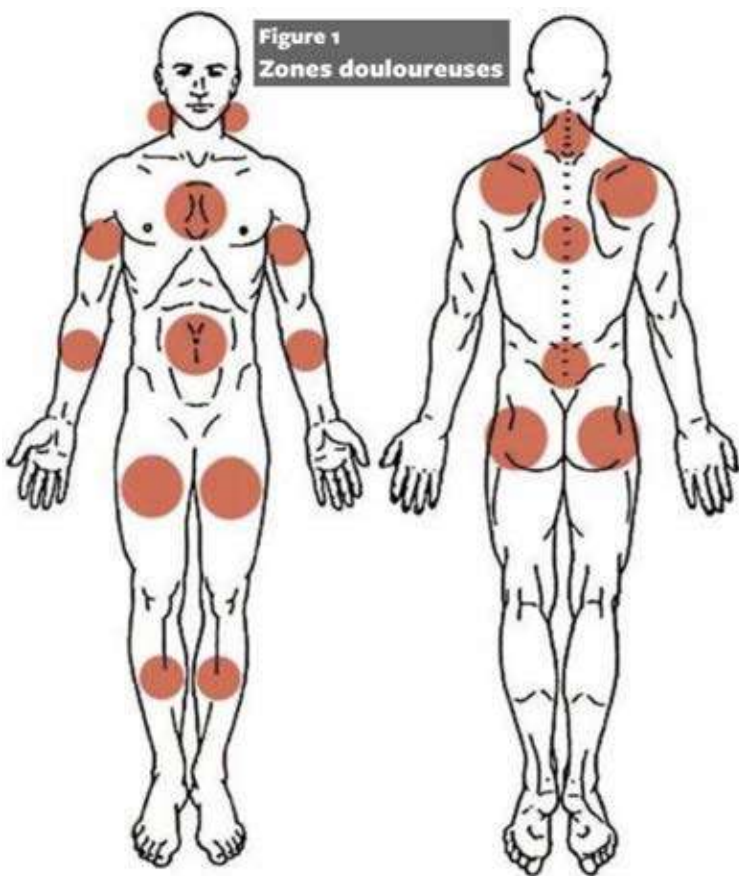


Tableau 3			Scores
Zones douloureuses			0-19
Echelle de sévérité	Fatigue		0-3
	Troubles du sommeil		0-3
	Troubles cognitifs		0-3
	Symptômes somatiques		0-3
0 : pas de problème    1 : très léger 2 : modéré                3 : sévère			<b>SCORE TOTAL: / 31</b>

Tableau 2 Zones douloureuses dans la fibromyalgie
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuque</li> <li>• Ceinture scapulaire droite et gauche</li> <li>• Région dorsale</li> <li>• Région lombaire</li> <li>• Thorax</li> <li>• Abdomen</li> <li>• Articulations temporo-mandibulaires droite et gauche</li> <li>• Bras droit et gauche</li> <li>• Avant-bras droit et gauche</li> <li>• Hanches (trochanter-fesse) droite et gauche</li> <li>• Cuisses droite et gauche</li> <li>• Jambes droite et gauche</li> </ul>

Protocole 1<sup>ère</sup> séance. Verso.

Rappel du prénom et de la 1<sup>ère</sup> lettre du nom de la personne reçue :

**Avant** toute autre manipulation **repérage initial** des points sur les **tragus, anti-tragus** et **lobules** avec un **détecteur électrique**. Les noter par des points de couleur **NOIRE** sur le sectogramme (zones grisées) **sans les traiter**.

**Cotation du niveau d'épuisement (flash) : /10**

**Obstacles :**

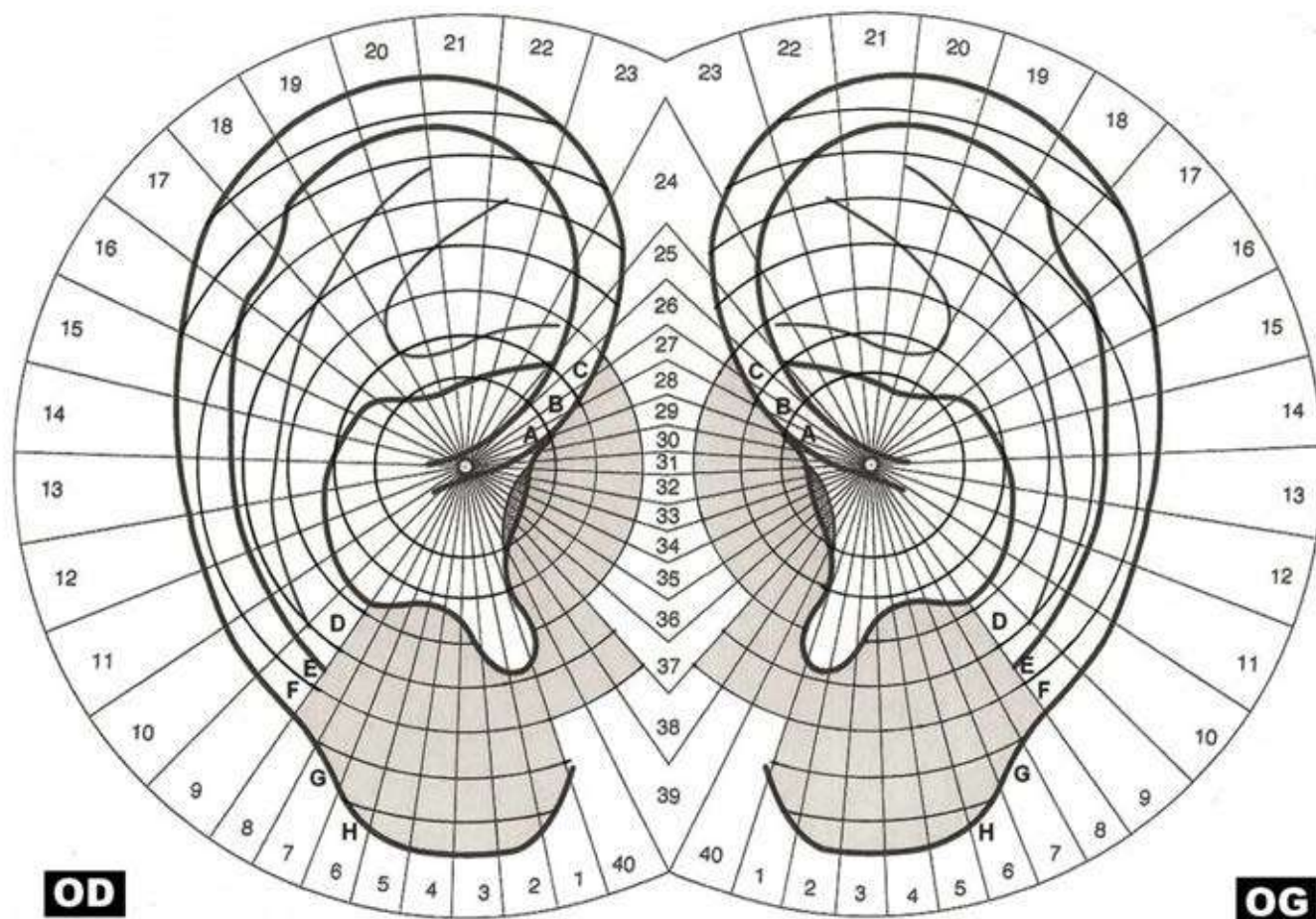
Blocage 1 <sup>ère</sup> côte	OUI NON
Foyers dentaires	OUI NON
Cicatrices	OUI NON
Troubles de la latéralité	OUI NON
Existence un ESPT	OUI NON
Autres : _____	OUI NON
_____	OUI NON

**S'il y a traitement, mettre le type :**

**Les points traités comme obstacles devront être notés par une CROIX NOIRE sur le sectogramme.**

S'il y a eu un traitement d'obstacle(s) renouveler la recherche de points sur le tragus, l'anti-tragus et le lobule.

Noter ces points en **VERT** ou les entourer de **VERT** s'ils sont déjà existants sur la partie grisée du sectogramme.

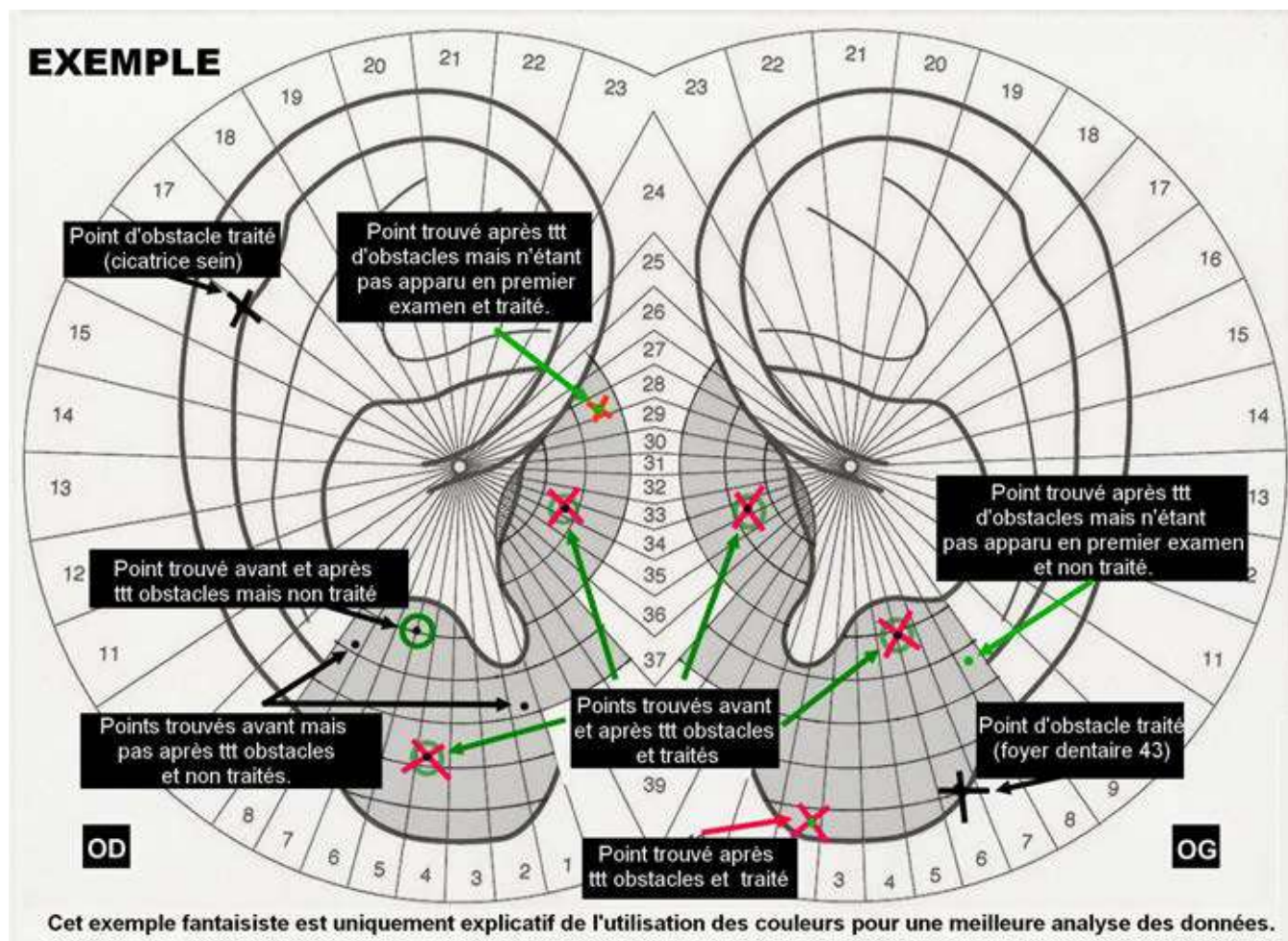


Mettre une **CROIX ROUGE** sur les points traités hors traitements d'obstacles.

**TYPE DE TRAITEMENT DES POINTS HORS OBSTACLES ET COMMENTAIRES :**



## ANNEXE 4 : Légendes des différents points trouvés



**ANNEXE 5 :** Exemple de 2 protocoles 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> séance et séance d'auto-évaluation.

**PROTOCOLE DE LA PREMIÈRE SÉANCE**

Date : 11/6/2022

Prénom et Nom du Praticien :

Profession :

Tél. :

Courriel :

Prénom et 1<sup>ère</sup> lettre du Nom de la Personne reçue : Claire L.

Age : 51 Taille : 163

Profession : garde d'enfants domicile ? Tél. :

Poids : 54 IMC : 20,3

Ancienneté de la maladie :

1980 selon le ressenti de la patiente.

Droitier.e ou Gaucher.e ou Ambidextre

Diagnostic établi par (mettre la profession, pas le nom) en quelle année ? :

2005 Rhumatologue

Traitement médicamenteux et/ou autres :

fenista 1,25mg le soir.

Evaluation du ressenti des douleurs la semaine dernière de 0 à 10 (0 = pas de douleur, 10= insupportable) : 7 /10

Evaluation du ressenti du bien-être mental la semaine dernière de 0 à 1 (0 = pas de gêne, 10= insupportable) : 8 /10

« Quel est le problème qui vous préoccupe le plus en ce moment en lien avec cette maladie ? » :

la fatigue et les douleurs le matin surtout.

« Avez-vous des souvenirs d'événements passés proches ou lointains qui reviennent en mémoire et qui perturbent votre quotidien ? » : Si la réponse est OUI envisager un ESPT à traiter.

**EVALUATION DOULEUR / LIEU** (fig1 et tableau 2) et **SÉVÉRITÉ des SYMPTÔMES** (tableau 3) SCORE = 24/31

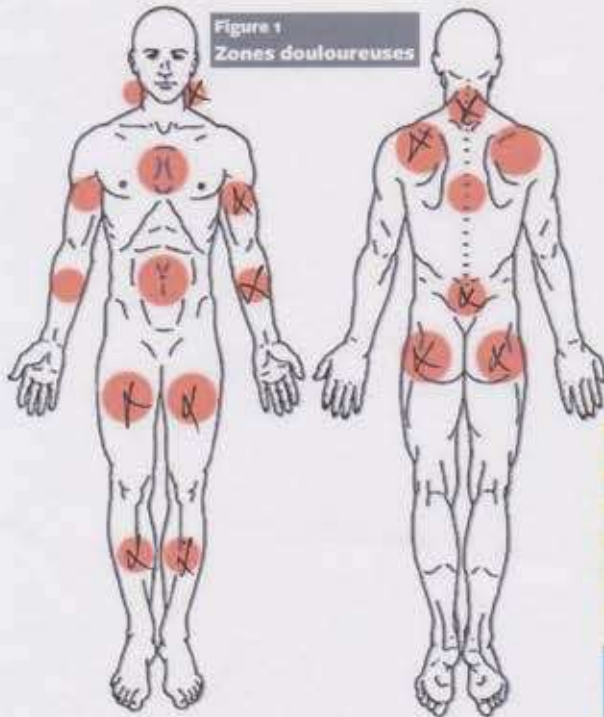


Figure 1  
Zones douloureuses

Tableau 2

**Zones douloureuses dans la fibromyalgie**

- Nuque
- Ceinture scapulaire droite et gauche
- Région dorsale
- Région lombaire
- Thorax
- Abdomen
- Articulations temporo-mandibulaires droite et gauche
- Bras droit et gauche
- Avant-bras droit et gauche
- Hanches (trochanter-fesse) droite et gauche
- Cuisses droite et gauche
- Jambes droite et gauche

Tableau 3			Scores
Zones douloureuses		0-19	12
Echelle de sévérité	Fatigue	0-3	3
	Troubles du sommeil	0-3	3
	Troubles cognitifs	0-3	3
	Symptômes somatiques	0-3	2
0 : pas de problème 1 : très léger 2 : modéré 3 : sévère			<b>SCORE TOTAL: 24 / 31</b>

**Protocole 1 ère séance. Verso.**

Rappel du prénom et de la 1<sup>ère</sup> lettre du nom de la personne reçue :

**Avant** toute autre manipulation **repérage initial** des points sur les **tragus, anti-tragus** et **lobules** avec un **détecteur électrique**. Les noter par des points de couleur **NOIRE** sur le sectogramme (zones grisées) **sans les traiter**.

Cotation du niveau d'épuisement (flash) : **7/10**

**Obstacles :**

- Blocage 1<sup>ère</sup> côte OUI **NON**
- Foyers dentaires OUI **NON**
- Cicatrices OUI **NON**
- Troubles de la latéralité OUI **NON**
- Existence un ESPT OUI **NON**
- Autres : INV MEMOIRIS OUI **NON**
- OUI **NON**

**S'il y a traitement, mettre le type :**

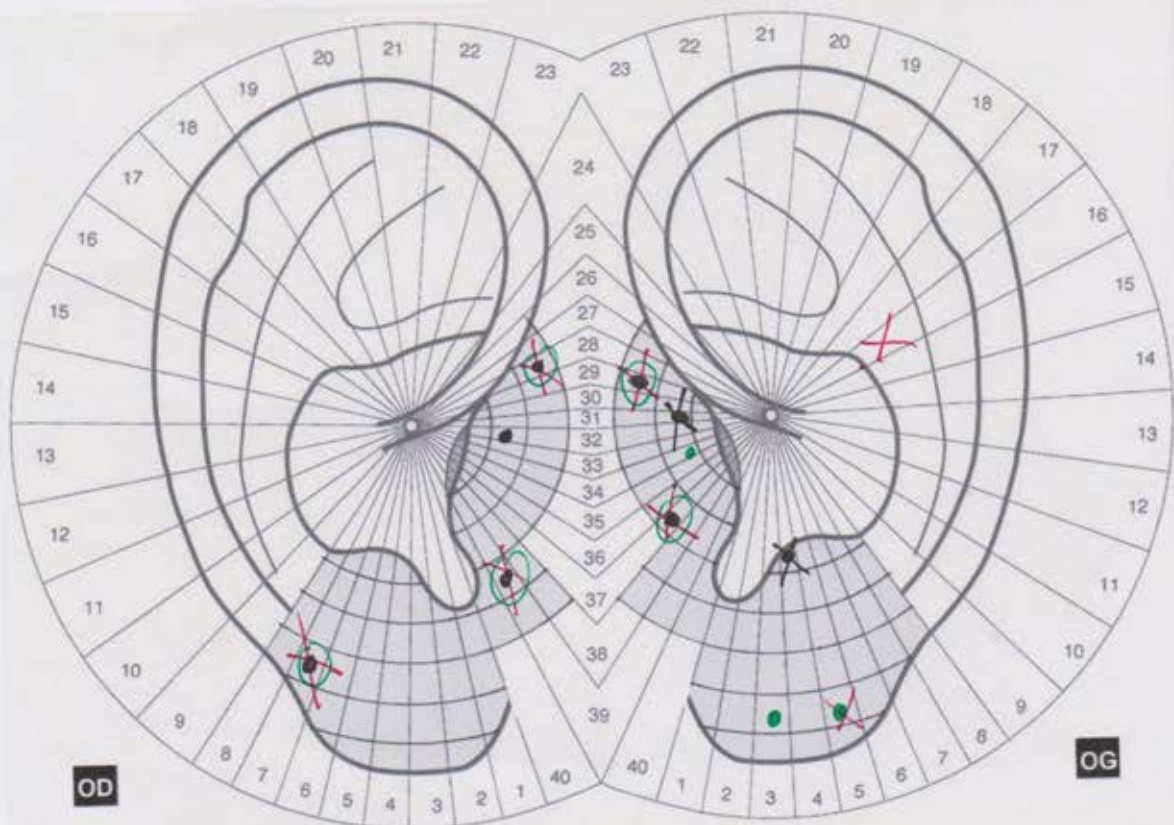
*ESPT évoqué mais non traité, pas le temps.  
il sera fait à la 2<sup>e</sup> séance pour  
apprécier la différence éventuelle?*

*ASP + Premier de son tragus -*

Les points traités comme obstacles devront être notés par une **CROIX NOIRE** sur le sectogramme.

S'il y a eu un traitement d'obstacle(s) renouveler la recherche de points sur le tragus, l'anti-tragus et le lobule. Noter ces points en **VERT** ou les entourer de **VERT** s'ils sont déjà existants sur la partie grisée du sectogramme.

Mettre une **CROIX ROUGE** sur les points traités hors traitements d'obstacles.



**TYPE DE TRAITEMENT DES POINTS HORS OBSTACLES ET COMMENTAIRES :**

*ASP croix rouges*

**PROTOCOLE DE LA DEUXIÈME SÉANCE**

Date : 9/11/22

Prénom et Nom du Praticien :

Prénom et 1<sup>ère</sup> lettre du Nom de la Personne reçue :

Clair L.

**Modifications éventuelles depuis la première séance**

Evaluation du ressenti des douleurs la semaine dernière de 0 à 10 (0 = pas de douleur, 10= insupportable) : 8/10

Evaluation du bien-être mental la semaine dernière de 0 à 10 (0 = pas de gêne, 10= insupportable) : 8/10

Dans les traitements : soins dentaires

Remarques particulières :

2 jours bien et reprise des moins de fatigue mais rien au niveau douleurs.

**EVALUATION DOULEUR / LIEU** (fig1 et tableau 2) et **SÉVÉRITÉ des SYMPTÔMES** (tableau 3) SCORE = 21/31

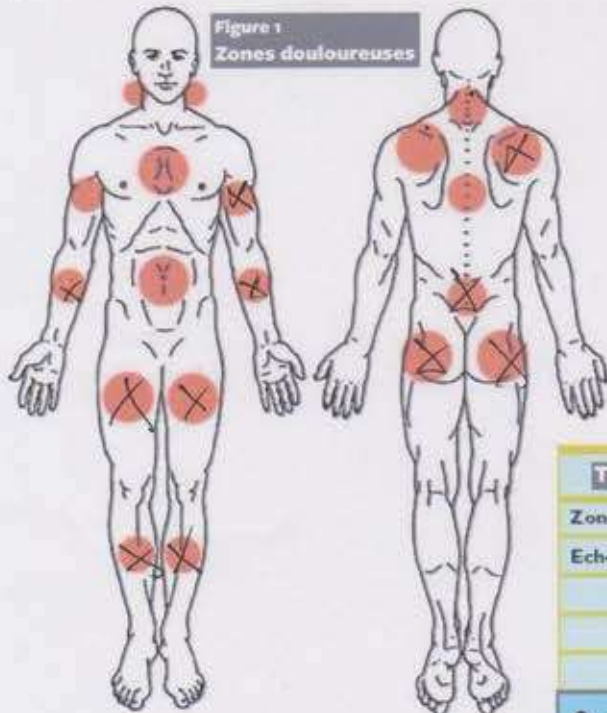


Figure 1  
Zones douloureuses

Tableau 2  
Zones douloureuses dans la fibromyalgie

- Nuque
- Ceinture scapulaire droite et gauche
- Région dorsale
- Région lombaire
- Thorax
- Abdomen
- Articulations temporo-mandibulaires droite et gauche
- Bras droit et gauche
- Avant-bras droit et gauche
- Hanches (trochanter-fesse) droite et gauche
- Cuisse droite et gauche
- Jambes droite et gauche

Tableau 3		Scores	
Zones douloureuses		0-19	12
Echelle de sévérité	Fatigue	0-3	3
	Troubles du sommeil	0-3	3
	Troubles cognitifs	0-3	3
	Symptômes somatiques	0-3	1
0 : pas de problème 1 : très léger 2 : modéré 3 : sévère		<b>SCORE TOTAL: 131</b>	

**Noter ci-dessous toutes informations utiles :**

douleurs aux extrémités.

**Protocole 2<sup>ème</sup> séance. Verso.**

Rappel du prénom et de la 1<sup>ère</sup> lettre du nom de la personne reçue :

**Avant** toute autre manipulation **repérage initial** des points sur les **tragus, anti-tragus** et **lobules** avec un **détecteur électrique**. Les noter en **NOIR** sur le sectogramme (zones grisées) **sans les traiter**.

Cotation du niveau d'épuisement (flash) : **5/10**

**Obstacles :**

- Blocage 1<sup>ère</sup> côte OUI ~~NON~~
- Foyers dentaires ~~OUI~~ NON
- Cicatrices OUI ~~NON~~
- Troubles de la latéralité OUI ~~NON~~
- Existence un ESPT ~~OUI~~ NON
- Autres : \_\_\_\_\_ OUI ~~NON~~
- \_\_\_\_\_ OUI ~~NON~~

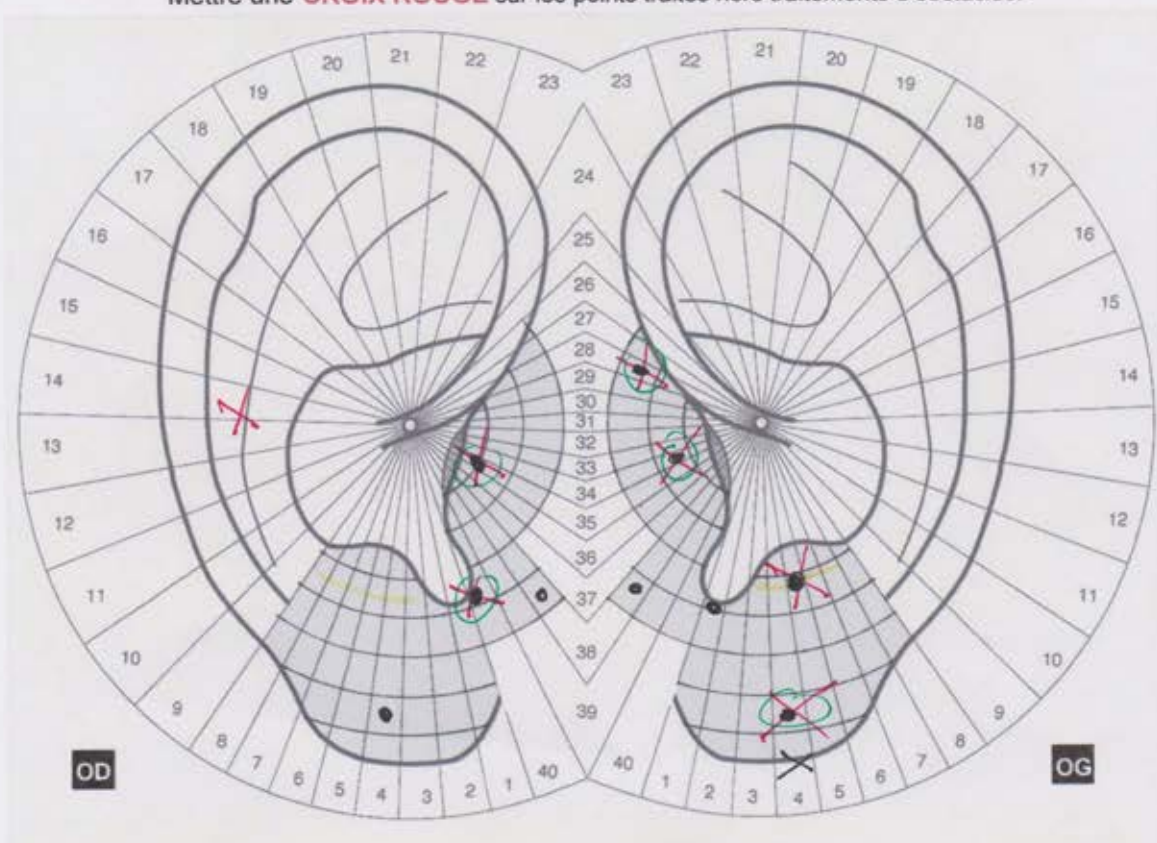
**S'il y a traitement, mettre le type :**

- ASP foyer cicatricielle
- tech avis- Jume.

Les points traités comme obstacles devront être notés par une **CROIX NOIRE** sur le sectogramme.

S'il y a eu un traitement d'obstacle(s) renouveler la recherche de points sur le tragus, l'anti-tragus et le lobule. Noter ces points en **VERT** ou les entourer de **VERT** s'ils sont déjà existants sur la partie grisée du sectogramme.

Mettre une **CROIX ROUGE** sur les points traités hors traitements d'obstacles.



**TYPE DE TRAITEMENT DES POINTS HORS OBSTACLES ET COMMENTAIRES :**

ASP noix large. LACT > 7

## ÉVALUATION AVEC VOUS suite aux deux séances d'auriculothérapie

Praticien (prénom, nom, tél., courriel): \_\_\_\_\_

Date : 8/8/2022

Prénom et la première lettre du Nom : **Claire L**

Tél. : \_\_\_\_\_

### 1/ A la suite de la deuxième séance :

Evaluation du ressenti des douleurs de 0 à 10 (0 = pas de douleur, 10= insupportable) : **7/10**

Evaluation du bien-être mental de 0 à 10 (0 = pas de gêne, 10= insupportable) : **5/10**

### 2/ Appréciation globale des résultats des 2 séances d'auriculothérapie :

Très bon Bon Amélioration transitoire **Pas d'amélioration**

3/ Quatre semaines après la deuxième séance le praticien vous téléphonera pour effectuer avec vous une **EVALUATION** des douleurs et de la sévérité des symptômes, comme précédemment lors des deux séances (cf dessin et tableaux ci-dessous).

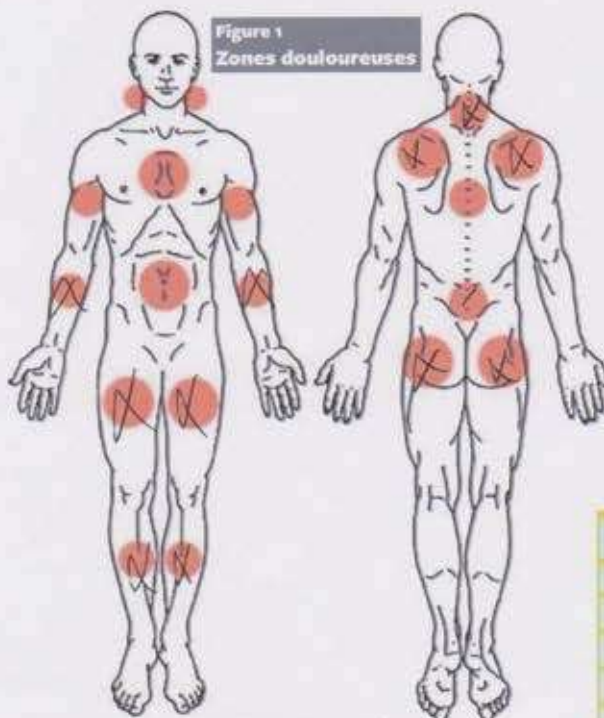


Figure 1  
Zones douloureuses

Tableau 2

#### Zones douloureuses dans la fibromyalgie

- Nuque
- Ceinture scapulaire droite et gauche
- Région dorsale
- Région lombaire
- Thorax
- Abdomen
- Articulations temporo-mandibulaires droite et gauche
- Bras droit et gauche
- Avant-bras droit et gauche
- Hanches (trochanter-fesse) droite et gauche
- Cuisses droite et gauche
- Jambes droite et gauche

Tableau 3		Scores	
Zones douloureuses		0-19	11
Echelle de sévérité	Fatigue	0-3	3
	Troubles du sommeil	0-3	3
	Troubles cognitifs	0-3	3
	Symptômes somatiques	0-3	1
0 : pas de problème 1 : très léger 2 : modéré 3 : sévère		<b>SCORE TOTAL: 21 31</b>	

86

**PROTOCOLE DE LA PREMIERE SEANCE**

Date : 21/10/2022

Prénom et Nom du Praticien :

Profession :

Prénom et 1<sup>ère</sup> lettre du Nom de la Personne reçue : Sylvaine G

Age : 60 Taille : 160

Profession : arrêt travail. Tél. :  
styliste textile - graphiste

Poids : 55 IMC : 21,5

Ancienneté de la maladie : 30 ans

Droitier.e ou Gaucher.e ou Ambidextre

Diagnostic établi par (mettre la profession, pas le nom) en quelle année ? :

2012 Rhumatologue

Traitement médicamenteux et/ou autres :

- X PRIN
  - Doliprane 500mg
  - PATCH VECATIS 700
  - DIAZEPAN
  - Kiné 2x/sem
  - Psychologie 1/1s
- ↳ les traitements sont pris à la carte, non quotidien.

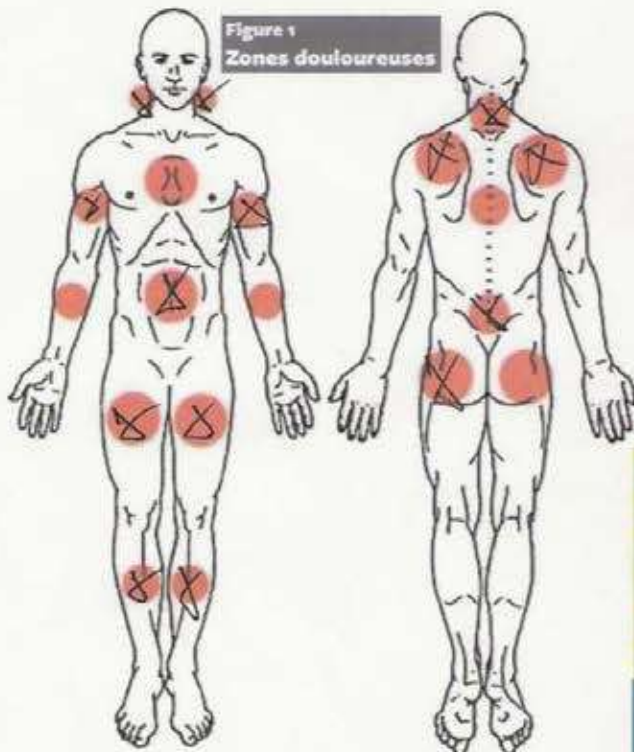
Evaluation du ressenti des douleurs la semaine dernière de 0 à 10 (0 = pas de douleur, 10 = insupportable) : 3/10

Evaluation du ressenti du bien-être mental la semaine dernière de 0 à 1 (0 = pas de gêne, 10 = insupportable) : 4/10  
Sort de 3 semaines de cure

« Quel est le problème qui vous préoccupe le plus en ce moment en lien avec cette maladie ? » :  
autonomie restreinte.

« Avez-vous des souvenirs d'événements passés proches ou lointains qui reviennent en mémoire et qui perturbent votre quotidien ? » : Si la réponse est OUI envisager un ESPT à traiter.

**EVALUATION DOULEUR / LIEU** (fig1 et tableau 2) et **SÉVÉRITÉ des SYMPTÔMES** (tableau 3) SCORE = 23/31



**Tableau 2**  
**Zones douloureuses dans la fibromyalgie**

- Nuque
- Ceinture scapulaire droite et gauche
- Région dorsale
- Région lombaire
- Thorax
- Abdomen
- Articulations temporo-mandibulaires droite et gauche
- Bras droit et gauche
- Avant-bras droit et gauche
- Hanches (trochanter-fesse) droite et gauche
- Cuisses droite et gauche
- Jambes droite et gauche

Tableau 3			Scores
Zones douloureuses		0-19	14
Echelle de sévérité	Fatigue	0-3	3
	Troubles du sommeil	0-3	2
	Troubles cognitifs	0-3	2
	Symptômes somatiques	0-3	2
0 : pas de problème 1 : très léger 2 : modéré 3 : sévère		<b>SCORE TOTAL : 131</b>	

**Protocole 1 ère séance. Verso.**

Rappel du prénom et de la 1<sup>ère</sup> lettre du nom de la personne reçue : *Sylvaine G.*

**Avant toute autre manipulation repérage initial** des points sur les **tragus, anti-tragus** et **lobules** avec un **détecteur électrique**. Les noter par des points de couleur **NOIRE** sur le sectogramme (zones grisées) **sans les traiter**.

Cotation du niveau d'épuisement (flash) : *7/110*

Obstacles :

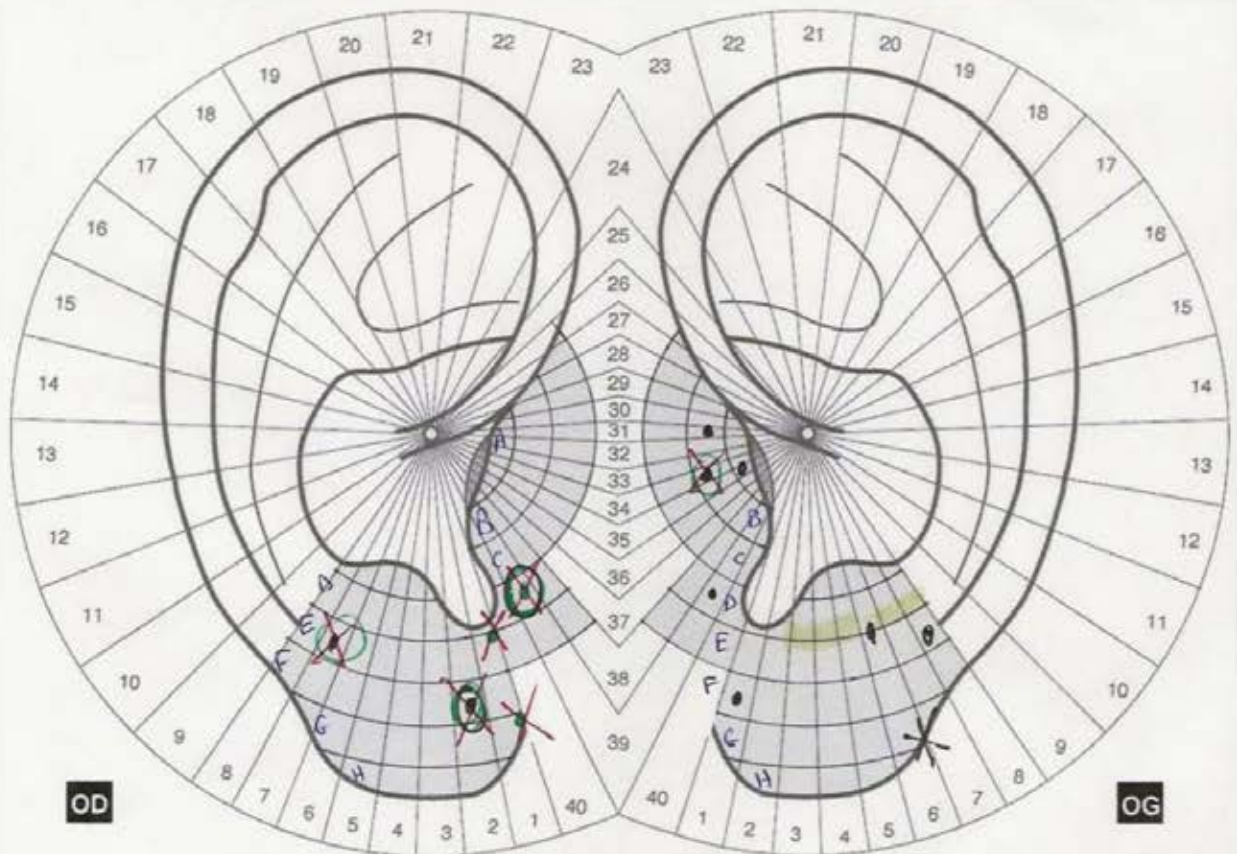
Blocage 1 <sup>ère</sup> côte	OUI NON	
Foyers dentaires	OUI NON	→ ASP .
Cicatrices	OUI NON	
Troubles de la latéralité	OUI NON	
Existence un ESPT	OUI NON	→ ASIS oreille gauche
Autres : _____	OUI NON	
_____	OUI NON	

S'il y a traitement, mettre le type :

Les points traités comme obstacles devront être notés par une **CROIX NOIRE** sur le sectogramme.

S'il y a eu un traitement d'obstacle(s) renouveler la recherche de points sur le tragus, l'anti-tragus et le lobule. Noter ces points en **VERT** ou les entourer de **VERT** s'ils sont déjà existants sur la partie grisée du sectogramme.

Mettre une **CROIX ROUGE** sur les points traités hors traitements d'obstacles.



TYPE DE TRAITEMENT DES POINTS HORS OBSTACLES ET COMMENTAIRES :

*ASP sur les croix rouges. (La patiente avoue pendant le traitement qu'elle a eu une séance EMDR le matin)*



**PROTOCOLE DE LA DEUXIÈME SÉANCE**

Date : 22/11/2022

Prénom et Nom du Praticien :

Prénom et 1<sup>ère</sup> lettre du Nom de la Personne reçue : Sylvaine G.

**Modifications éventuelles depuis la première séance**

Evaluation du ressenti des douleurs la semaine dernière de 0 à 10 (0 = pas de douleur, 10= insupportable) : 5/10

Evaluation du bien-être mental la semaine dernière de 0 à 10 (0 = pas de gêne, 10= insupportable) : 1/10

Dans les traitements :

Non

Remarques particulières :

Depuis 2 jours douleur forte au dos - sinon bon ressenti.

**EVALUATION DOULEUR / LIEU** (fig1 et tableau 2) et **SÉVÉRITÉ des SYMPTÔMES** (tableau 3) SCORE = 31

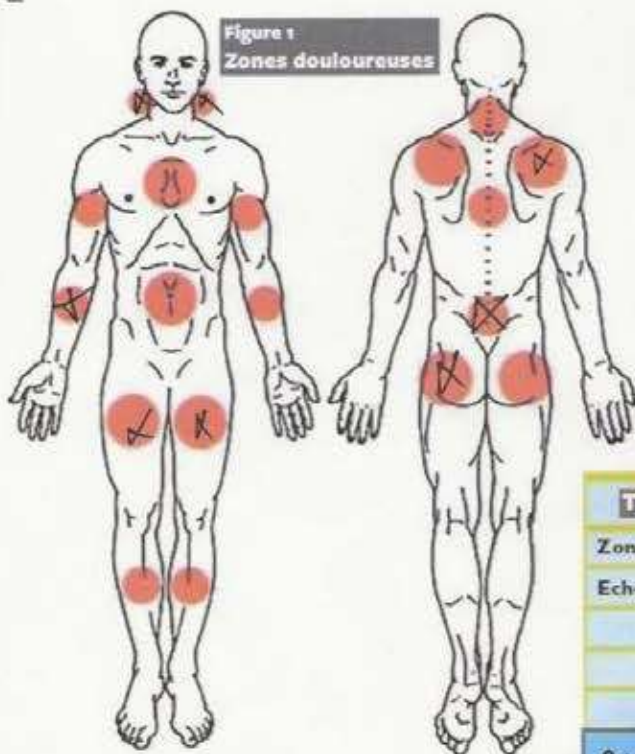


Figure 1  
Zones douloureuses

Tableau 2  
Zones douloureuses dans la fibromyalgie

- Nuque
- Ceinture scapulaire droite et gauche
- Région dorsale
- Région lombaire
- Thorax
- Abdomen
- Articulations temporo-mandibulaires droite et gauche
- Bras droit et gauche
- Avant-bras droit et gauche
- Hanches (trochanter-fesse) droite et gauche
- Cuisses droite et gauche
- Jambes droite et gauche

Tableau 3			Scores
Zones douloureuses		0-19	8
Echelle de sévérité	Fatigue	0-3	0
	Troubles du sommeil	0-3	1
	Troubles cognitifs	0-3	1
	Symptômes somatiques	0-3	2
<b>0 : pas de problème 1 : très léger</b> <b>2 : modéré 3 : sévère</b>			<b>SCORE TOTAL: 31</b>

**Noter ci-dessous toutes informations utiles :**

Reprise avant de dormir de technique "cohérence cardiaque" (respiration) qui a beaucoup amélioré le sommeil

**Protocole 2 ème séance. Verso.**

Rappel du prénom et de la 1<sup>ère</sup> lettre du nom de la personne reçue :

**Avant toute autre manipulation repérage initial** des points sur les **tragus, anti-tragus et lobules** avec un **détecteur électrique**. Les noter en **NOIR** sur le sectogramme (zones grisées) **sans les traiter**.

Cotation du niveau d'épuisement (flash) : *8/10*

**Obstacles :**

Blocage 1 <sup>ère</sup> côte	OUI NON
Foyers dentaires	<u>OUI</u> NON
Cicatrices	OUI NON
Troubles de la latéralité	OUI NON
Existence un ESPT	<u>OUI</u> NON
Autres : _____	OUI NON
_____	OUI NON

**S'il y a traitement, mettre le type :**

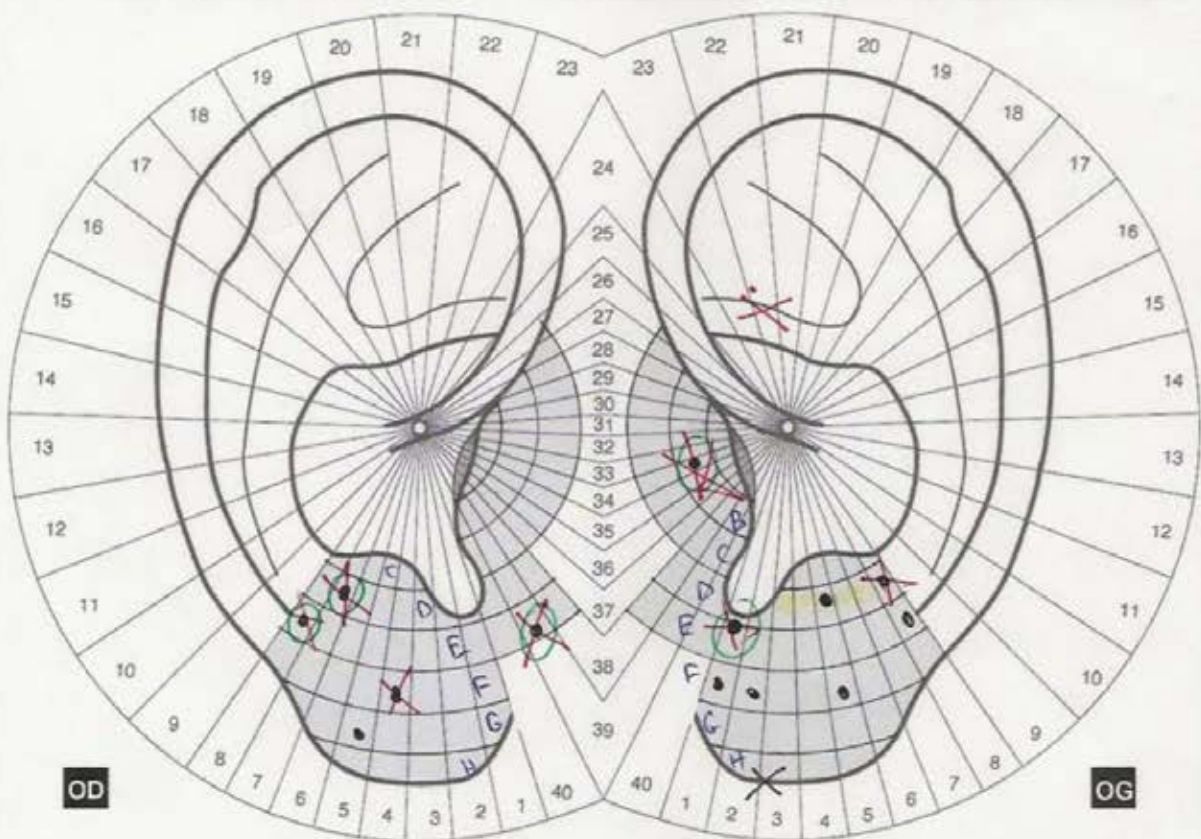
*ASP*

*Ted ASIS sur oreille gauche*

Les points traités comme obstacles devront être notés par une **CROIX NOIRE** sur le sectogramme.

S'il y a eu un traitement d'obstacle(s) renouveler la recherche de points sur le tragus, l'anti-tragus et le lobule. Noter ces points en **VERT** ou les entourer de **VERT** s'ils sont déjà existants sur la partie grisée du sectogramme.

Mettre une **CROIX ROUGE** sur les points traités hors traitements d'obstacles.



**TYPE DE TRAITEMENT DES POINTS HORS OBSTACLES ET COMMENTAIRES :**

## ÉVALUATION AVEC VOUS suite aux deux séances d'auriculothérapie

Praticien (prénom, nom, tél., courriel): \_\_\_\_\_

Date: 20/12/2022

Prénom et la première lettre du Nom : Sylvaine G.  
Tél. \_\_\_\_\_

### 1/ A la suite de la deuxième séance :

Evaluation du ressenti des douleurs de 0 à 10 (0 = pas de douleur, 10 = insupportable) : 3/10

Evaluation du bien-être mental de 0 à 10 (0 = pas de gêne, 10 = insupportable) : 2/10

### 2/ Appréciation globale des résultats des 2 séances d'auriculothérapie :

Très bon Bon Amélioration transitoire Pas d'amélioration

3/ Quatre semaines après la deuxième séance le praticien vous téléphonera pour effectuer avec vous une **EVALUATION** des douleurs et de la sévérité des symptômes, comme précédemment lors des deux séances (cf dessin et tableaux ci-dessous).

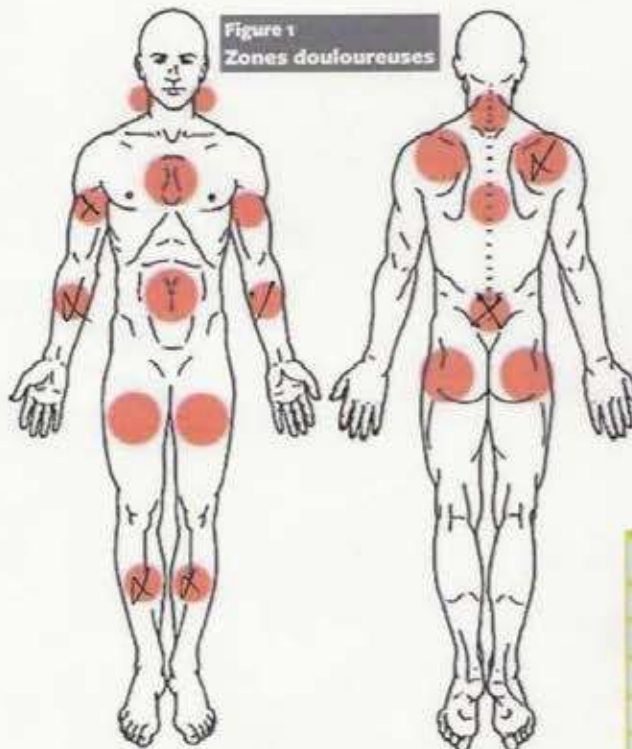


Figure 1  
Zones douloureuses

Tableau 2  
Zones douloureuses dans la fibromyalgie

- Nuque
- Ceinture scapulaire droite et gauche
- Région dorsale
- Région lombaire
- Thorax
- Abdomen
- Articulations temporo-mandibulaires droite et gauche
- Bras droit et gauche
- Avant-bras droit et gauche
- Hanches (trochanter-fesse) droite et gauche
- Cuisses droite et gauche
- Jambes droite et gauche

Tableau 3			Scores
Zones douloureuses		0-19	6
Echelle de sévérité	Fatigue	0-3	0
	Troubles du sommeil	0-3	2
	Troubles cognitifs	0-3	2
	Symptômes somatiques	0-3	2
0 : pas de problème 1 : très léger 2 : modéré 3 : sévère			<b>SCORE TOTAL: 12/31</b>

- prend moins de médicaments.  
- a repris balnéothérapie