

Enquête de pratique sur la sensation de puncture (Deqi)

Joban Nguyen et Michel Fauré

En novembre 1998, le Groupe d'Etudes et de Recherche en acupuncture a organisé un séminaire de Formation Médicale Continu sur le thème du Deqi (sensation de puncture, sensation d'arrivée de l'énergie). 40 membres du Groupe y ont assisté (sur les 72 membres à l'époque). A cette occasion une enquête de pratique sous forme d'un questionnaire a été réalisée (figure 1). Les participants ont rempli le questionnaire en début de séminaire, les autres membres du groupe ont été contactés par courrier. Au total 58 réponses ont été obtenues.

L'enquête visait :

- 1) à étudier les variations de pratique quant au deqi (prise en compte dans la pratique ou non),
- 2) à identifier les raisons de ces variations de pratique (les raisons de sa non-application),

- 3) à contrôler parmi les pratiquants la connaissance du concept (parle t-on de la même chose ?).

Résultats :

Variation de pratique

60% des participants à l'enquête déclarent que le deqi fait partie de leur pratique quotidienne (recherché chez la plupart des patients) et 40% non. Ceci met en évidence comme on s'y attendait un important problème de pratique qui doit être analysé. Notons que 67% des participants au séminaire ont répondu rechercher le deqi, contre seulement 45% de ceux qui ont répondu par courrier. Ceci illustre une donnée bien connue de la FMC : chacun cherche à se perfectionner dans ce qu'il estime bien maîtriser, plutôt que dans des domaines où une formation serait plus utile. On ne peut mettre en évidence de variation de pratique en fonction de l'expérience de l'acupuncteur : le profil des "pratiquants" et des "non-pratiquants" est similaire.

Figure 1. Questionnaire de l'enquête de pratique

Questionnaire

deqi = sensation de puncture = sensation d'arrivée de l'énergie

A - pratique

- La recherche du deqi **fait partie** de ma pratique courante
(je le recherche chez la grande majorité de mes patients)
- La recherche du deqi **ne fait pas partie** de ma pratique courante
(la plupart du temps je ne le recherche pas)

B - opinions

	Oui Plutôt oui	Non Plutôt non
a) Je ne sais pas ce dont il s'agit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Le concept est très flou pour moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) La sensation est mal supportée par mes patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Je ne suis pas convaincu de son intérêt thérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Toute puncture induit le deqi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Cela demande trop de temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Je perds ma motivation à le rechercher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) J'estime que la technique que j'utilise ne nécessite pas la recherche du deqi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C- expérience de l'acupuncture et formation initiale

Ton expérience de l'acupuncture :

- < 5 ans 5-10 ans 10-20 ans > 20 ans

Ta formation initiale :

Quelles sont les raisons de la non-recherche du deqi ?

23 membres du groupe ne recherchent pas le deqi.

parmi eux :

- 67% (soit près d'un tiers des répondants) déclarent ne pas savoir ce dont il s'agit, ou qu'il s'agit d'un concept très flou pour eux. Il s'agit là d'un important problème de la formation de base. Le groupe d'étude et de recherche en acupuncture est un groupe de FMC et de recherche et n'assure aucune formation initiale. Ses membres sont donc issus de formations de base très diverses. 11 formations sont représentées par au moins 5 membres ayant répondu au questionnaire (AFA, AFERA, AMO, Borsarello, CEDAT, DIU Marseille, DIU Nîmes, GLEM, Hôpitaux chinois, Nguyen Van Nghi, Niboyet). Les échantillons sont trop petits pour être significatifs, mais disons qu'aucune réponse "je ne sais pas ce dont il s'agit" ou "le concept est très flou pour moi" n'a été obtenu après formation dans les Hôpitaux chinois (la formation la plus pratique), et aux DIU de Nîmes et de Marseille (les formations les plus récentes et les plus structurées).

- 65% pensent que la sensation est mal supportée par les patients. Il s'agit là d'un éventuel problème technique.

- 26% ne sont pas convaincu de l'intérêt thérapeutique du deqi. Il s'agit là d'un problème de validation scientifique. 34% estiment que leur technique ne nécessite pas la recherche du deqi. Cela pose le même problème de validation scientifique.

- 26% déclarent que le deqi demande trop de temps, et 34% perdent leur motivation à le rechercher. Cela pose un problème de qualité des soins.

Est-on d'accord sur le concept de deqi ?

35 membres du groupe (60%) déclarent que le deqi fait partie de leur pratique courante. Mais parle-t-on de la même chose ?

- 37% pensent que toute puncture induit le deqi. Ceci traduit une mauvaise interprétation de la notion de deqi et laisse suggérer qu'il n'y a pas, de leur part, de recherche réelle de la sensation. Cette donnée a été confirmée en atelier. Beaucoup de ceux qui avaient déclaré dans l'enquête rechercher le deqi ont été amenés à une redéfinition du concept.

- 47 % pensent que la sensation est mal supportée par leurs patients. Ceci peut laisser supposer un pro-

blème technique ou une confusion entre sensation douloureuse et deqi. Là aussi les ateliers ont montré une certaine confusion dans le concept de deqi.

Evaluation du séminaire de FMC

Le séminaire de FMC a été structuré autour de 5 éléments :

1. L'enquête de pratique dont les résultats ont été analysés en cours de séminaire.
2. Des séances de brainstorming articulées autour de 3 thèmes :
 - a) l'expérience de chacun (le vécu),
 - b) ce que l'on sait (les connaissances du groupe),
 - c) ce que l'on aimerait savoir (les besoins).
3. Des ateliers de discussion orientée : la sensation et les paramètres d'induction, les phénomènes associés, la pratique, les mécanismes.
4. Des ateliers pratiques de recherche de la sensation, identification, perception, description.
5. Synthèse de la littérature à partir de 200 publications et études cliniques sur le deqi (sémiologie, intérêt thérapeutique et mécanismes physiologiques) à partir de laquelle ont été proposées des recommandations [1]. A l'issue de la formation, l'enquête de pratique a de nouveau été proposée aux 40 participants (modifiée sous forme d'évolution de pratique et d'intention de pratique).
 - La recherche du deqi ne faisait pas partie de la pratique courante de 32% des participants. Après la formation seulement 5% des participants ont déclaré ne pas avoir l'intention de mettre en application la recherche du deqi.
 - Pour 5% des participants le concept reste flou.
 - 10% pensent toujours que toute puncture induit le deqi.
 - 13% ne sont pas convaincu de l'intérêt thérapeutique du deqi (aucune modification avant-après formation).
 - 10% pensent que le deqi est mal supporté par les patients (contre 50% avant la formation). Ce dernier résultat est le plus net obtenu, et apparaît lié à l'atelier pratique et à la technique de mise en évidence proposée.

Conclusions et commentaires

Nous estimons que notre groupe représente un échantillon assez représentatif de l'ensemble des acupuncteurs français, quant à leurs formations, leurs pratiques et leurs idées. Notre enquête a mis en évidence un important problème de variation de pratique à propos du deqi. 40% des membres du groupe ne recherchent

pas le deqi, un tiers ne sait pas ce dont il s'agissait ou n'en a qu'une idée floue. Les réponses de la moitié de ceux qui déclarent rechercher le deqi témoignent en fait d'une certaine méconnaissance de la réalité du problème.

Ces variations de pratiques sont liées à quatre problèmes : la formation initiale, la compétence technique individuelle, la validation scientifique du deqi et la qualité des soins (dans l'application d'éventuelles recommandations validées).

Contact : Dr Johan Nguyen, 27 bd d'Athènes, 13001 Marseille,
Tél : 04.96.17.00.30, fax : 04.96.19.00.31,
Email : johan.nguyen@wanadoo.fr

Références :

1. Nguyen J. Le deqi, sensation de puncture. Sémiologie et intérêt thérapeutique, synthèse des données et recommandations. *Revue Française de MTC* 2000 ; 185 : 14-15.

Reflexions à propos de l'analyse sur le sevrage tabagique par acupuncture

Jean-Luc Gerlier

La publication de Clavel-Chapelon, Paoletti et Benhamou, analysée par Michèle Sasmayoux-Bourdieu [1], est de bonne qualité méthodologique (score de Jadad original de 4 sur 5) et la négativité de l'effet statistique de l'acupuncture dans un domaine où l'expérience clinique collective montre une bonne probabilité d'efficacité est interpellante. Le fait que la compétence de l'acupuncteur ne soit pas mentionnée dans l'article appelle certaines hypothèses pouvant expliquer cette inefficacité statistique. Dans le groupe verum-acupuncture, deux points sont utilisés : *Shuai Gu* (VB8) [2] situé à 1,5 cun au-dessus de la ligne de plantation des cheveux directement au-dessus du sommet de l'oreille, et *Bi Tong* [3] point hors-méridien "nouveau" (PN12 selon l'ordre de la liste de Hong-Kong) situé dans la dépression sur l'os propre du nez au niveau de l'extrémité supérieure du sillon naso-labial. Dans le groupe placebo-acupuncture, les points retenus sont à "2 cm des points réels" (?). Si le repérage des points d'acupuncture est approximatif, les points d'acupuncture peuvent être piqués en une zone cutanée inactive pour l'étude (non-point ou point inadapté à l'étude) et les points placebo en une zone cutanée active (points de méridien ou hors-méridien). En retenant une précision de l'ordre de celle de l'étude (2

cm ce qui fait environ 1 cun), il est trouvé dans un périmètre de 0,5 à 2 cun autour des points, respectivement 4 points de méridiens autour de VB 8 et 6 points (3 points de méridiens et 3 points hors-méridiens "curieux" PC) autour de PN12.

VB8: en haut à 2 cun VB18 *Cheng Ling*, en arrière à 0,5 cun VB9 *Tian Chong*, en bas à 1 cun TR20 *Jiao Sun* et en avant à 1 cun VB5 *Xuan Lu*.

PN12: en haut à 1 cun PC14 *Shang Ying Xiang*, en haut et à l'extérieur à 1 cun E2 *Si Bai*, en bas et à l'extérieur à 0,5 cun GI20 *Ying Xiang* et à 1 cun E3 *Ju Liao*, en bas et à l'intérieur à 1 cun PC16 *Bi Liu*, et en haut et à l'intérieur à 1 cun PC15 *Jia Bi*. Dans le cas de figure où les points du groupe verum-acupuncture seraient peu actifs pour le sevrage tabagique et ceux du groupe placebo-acupuncture, en comparaison, similairement actifs, on bascule dans une situation statistique où la différence d'effet entre le groupe verum et le groupe placebo est peu mesurable. Ainsi, la probabilité de ne pas mettre en évidence une différence d'effet entre les deux groupes sera forte ($p > 0,05$) et le résultat du test de significativité statistique retenu sera une absence de différence significative. On conclura donc à l'absence d'efficacité de l'acupuncture pour cette étude (cf. "Quelques fen de méthodologie" dans ce numéro).

Contact : Dr Jean-Luc Gerlier, 14 avenue de Chambéry, 74000 Annecy,
Tél/fax/ 04 50 45 72 36

Références

1. Acupuncture et gomme à la nicotine n'ont pas d'action à long terme dans le sevrage du tabac, in : Groupe de travail FAFORMEC. Bibliographie commentée. *Revue Française de Médecine Traditionnelle Chinoise* 2000 ; 186-187 : 125.
2. Anonymous. The location of acupoints. *Foreign Languages Press* 1993, Beijing : 294.
3. Anonymous. An explanatory book of the newest illustrations of acupunctur points. *Medicine and Health Publishing Co* 1983, Hong Kong : 113.

Entorses de la cheville : Un consensus se critique aussi

Claude Pernice

Dans le numéro 186-187 de la RFMTC, Olivier Goret effectue une revue de la littérature sur le traitement par acupuncture de l'entorse de la cheville. Ceci m'a fait penser à une polémique parue dans le Quotidien du Médecin entre deux orthopédistes. Dans un article de FMC [1], le Pr. Charles Msika proposait en conduite à tenir dans