

La douleur, un doux leurre ?

Robin Motte,

monographie de fin d'études d'acupuncture.

TABLE DES MATIERES :

- **Introduction (page 3)**
- **Qu'est-ce qu'un ancrage (page 5)**
- **La douleur : les parties concernées dans ce phénomène (page 8)**
 - a) **les parties concernées.**
 - b) **différences entre sérotonine et endorphine.**
 - c) **hypothèse sur la façon dont on active la sérotonine.**
- **L'analgésie/ anesthésie en hypnose : rétrospective d'un moment vécu (page 12)**
- **Le travail de la douleur en acupuncture (page 14)**
- **La méthode de travail appliquée (page 16)**
- **Pourquoi le point MO (page 17)**
- **Cliniques (page 18)**
- **Bilan et conclusion (page 29)**

INTRODUCTION

Dans ma pratique de l'hypnose, j'ai remarqué que nous travaillons sur diverses problématiques, qui se ressemblent avec celles abordées en acupuncture.

Ces deux pratiques sont très complémentaires. Nous devons faire attention aux mots utilisés, au langage non verbal du patient, et nous devons par la suite amener une façon de faire qui doit être personnalisée pour créer du changement.

1. Nous retrouvons des techniques qui restent "protoccolaires", et à nous de les adapter, pour ne pas faire toujours un problème = un seul traitement.

Passons en revue quelques noms de techniques dans ces deux domaines :

Pour l'acupuncture nous avons :

- Les purgations
- Vomifications
- Dassonville
- Technique des 5 éléments

Ces dernières sont des techniques avec des points précis à utiliser.

Nous devons les incorporer aux 4 temps de l'examen, à ce que nous observons du consultant : teint, physique, prise de pouls, langue, questionnaire.

Pour l'hypnose nous avons :

- La méthode de Rossi
- Les ancrages
- Les métaphores
- Les régressions.

De nouveau, cela ne reste que des "techniques" que nous devons adapter à la personne face à nous.

Dans le cas où nous ne le faisons pas, alors cela ne restera qu'une technique posée comme un pansement sur une blessure.

C'est à dire que nous allons travailler sur la partie visible et non immergée.

Afin de mieux comprendre tous ces processus, entrons en profondeur sur quelques points :

- 1) Je vais donc définir ce qu'est un ancrage pour comprendre le parallèle avec l'acupuncture à savoir " Est-ce qu'il est possible de reproduire avec l'acupuncture un ancrage en hypnose "
- 2) Je vais définir ce qu'est la douleur, son circuit, la façon dont on peut se la créer.

3) Le but de cette recherche est de “couper” le signal de la douleur car je pars du principe qu’il n’est pas la cause du réel problème (sauf s’il y a fracture, objet qui est rentré en contact avec la partie concernée).

Je vais tenter de ramener dans l’organe l’information correcte du point nourricier en question, pour que le cerveau ait comme information que l’endroit concerné est libéré et que tout fonctionne correctement. Les points Mo seront mis en avant pour cette recherche. (Voir la partie “ **POURQUOI J’AI CHOISI LE POINT MO**”, page 17)

Couper le signal ne veut pas dire faire une suppression.

Cette dernière signifie que l’on coupe le seul moyen d’expression du corps pour nous signaler que quelque chose ne va pas.

Cela serait donc contre-productif.

Dans ma recherche, je ne prends que le trajet de la douleur, autrement dit je ne prends pas les pouls.

Je suis conscient que les pouls nous donnent toutes les informations dont nous avons besoin, afin de réguler au mieux l’énergie.

On pourrait assimiler cela à une suppression étant donné que je ne me base que sur le trajet de la douleur.

Conscient de ne pas vouloir réaliser de suppression, j’aurais bien évidemment fait le nécessaire en amont afin de m’assurer qu’il n’y a rien de plus profond.

Dans une douleur type appendicite, je remarque que la personne a mal au niveau de l’aîne. J’identifie de façon classique le trajet du foie et m’exécute dans mon “protocole” sans prêter attention à la nature de la douleur.

Quelques minutes plus tard, 0 signal ! Super pourrait-on penser.

Oui mais voilà, je viens de retirer le seul moyen d’expression pour le corps de nous dire que la personne souffre probablement d’une appendicite.

Le corps n’aurait peut-être pas d’autres moyens d’annoncer que quelque chose ne va pas. Je garde donc en tête, lorsque je manipule le point Mo, que si réellement autre chose bloque, la personne le saura d’une façon ou d’une autre, et donc que l’énergie “positive” ne peut y circuler librement et correctement.

Cela sera étayé par plusieurs “tests cliniques”

QU'EST CE QU'UN ANCRAGE ?

L'ancrage a différentes formes.

Il peut être auditif, visuel ou kinesthésique (celui-ci regroupe le toucher, le goût et l'olfactif)

Le principe de l'ancrage est de nous rappeler un souvenir – bon comme mauvais- via un contact, une image, un son.

Cela simplement dû au fait que le cerveau les aura liés.

C'est à dire qu'un simple contact peut nous amener un ressenti particulier, une sensation, une émotion...

Prenons l'exemple d'un ancrage "kinesthésique".

Vous êtes en famille, et votre fils a un petit coup de blues, ne se sent pas bien. Il a besoin de se sentir en sécurité, d'un contact, d'un geste.

Vous avez alors le choix, soit vous lui demander d'arrêter de pleurer, soit vous le prenez dans les bras, en le serrant bien fort, et en expliquant que vous êtes là pour lui.

Le simple fait de faire ce geste, votre enfant aura enregistré cet instant, et vous n'aurez plus besoin d'accompagner d'une phrase votre geste. Il saura que vous êtes là pour lui.

Si vous faites la même chose avec quelqu'un qui explose de joie, il ne va pas comprendre, il n'a pas besoin d'être blotti mais il a besoin d'espace. Ces ancrages sont donc des codes que nous enregistrons toute notre vie.

Un type d'ancrage auditif : Marié depuis 10 ans, vous allez dans un restaurant, un soir, et il y passe une musique que vous reconnaissez immédiatement !! C'est votre musique de mariage. Le simple fait d'avoir entendu cette mélodie vous a tout de suite replongé dans ce fabuleux souvenir, un agréable moment qui vient compléter cette belle soirée. C'est cet instant où, pris dans votre discussion vous vous interrompez en disant " tu te souviens ?" et là, quelques échanges se font concernant le mariage.

La prochaine fois que vous irez dans ce restaurant, une partie de vous s'en rappellera et enverra un comportement en adéquation avec ce lieu.

Il n'existe pas que des ancrages positifs, les **négatifs** existent aussi. Un ancrage se crée lors d'un moment qui peut être choquant, marquant, important.

Le cerveau va alors relier la situation avec une sensation.

Par exemple :

Monsieur Dupont prend l'avion depuis 25 ans, sauf qu'il y a 5 ans, il y a eu des turbulences, comme il en a déjà vécu.

Seulement il y a 5 ans il était avec ses enfants, un peu plus fatigué que d'habitude, et les turbulences lui ont semblé un peu plus violentes.

Tout de suite il a cru qu'il allait mourir, et a pensé au danger pour sa famille, qu'il ne peut protéger.

On reconnaît la grosse peur, le vide de rein qui se crée, la sensation qui s'installe. Celle qui aurait dû ne durer qu'un instant, va prendre beaucoup plus de place dans la vie de Monsieur Dupont.

A chaque fois qu'il devait prendre l'avion, il se trouvait paniqué, avec la peur que d'autres turbulences viennent de nouveau. Cela avait pour finalité de lui installer des angoisses.

Une information a donc été perçue comme marquante, et continuera de se développer tant que son inconscient n'aura pas réussi à trier cet événement.

L'ancrage est quelque chose que je trouve primordial en acupuncture, on va partir du principe que **tout est ancrage** : la manière de serrer la main (kinesthésique), les mimiques que nous avons face au consultant (visuel) ou encore le ton de voix qui d'un coup changerait lors d'une remarque, réponse donnée (auditif).

Il est important de comprendre ceci, ce qui nous est enseigné dès les premières heures de cours : lorsqu'une personne vient nous voir, nous ne la lâchons pas. C'est une personne qui vient à nous, avec une certaine forme de confiance, de pudeur, d'appréhension, et qui se dévoile au fil du temps. Nous devons donc d'être respectueux de cela, et toutes nos façons d'agir vont impacter le résultat de manière positive ou négative.

Aujourd'hui, l'utilisation d'ancrages se fait donc de plusieurs façons, et au travers de métaphores, donc d'ancrages "visuels", "kinesthésiques" ou auditifs, on va réussir à faire des analgésies, anesthésies via ce moyen.

Ce qui signifie que lorsque nous utilisons cette méthode, nous coupons le processus de la douleur. C'est comme si nous "trompons" les nocicepteurs en charge de la transmission du message via cet influx nerveux, en lui faisant croire que peu importe le contact sur l'endroit en question, il est protégé, il ne ressent ni chaud ni froid.

En hypnose, lorsque nous utilisons des ancrages, cela reste symptomatique. Et comme je l'ai signalé plus haut, nous n'avons pas de moyens de connaître si la douleur inclue une pathologie plus profonde ou si elle reste localisée en superficie. Alors qu'en acupuncture, nous avons tout le bilan énergétique qui nous permet « d'ausculter » l'intérieur du corps humain par des signes objectifs extérieurs donnés par les 4 temps de l'examen traditionnel.

Pour autant, ce n'est pas le sujet de mon étude. J'ai donc eu recours aux 4 temps de l'examen et ensuite, en accord avec les patients, j'ai décidé de m'attacher uniquement à la

libération de la douleur qui n'apporterait ni suppression ni pénétration de couches, au travers de points choisis.

Comme avec l'acupuncture, je trouve que nous agissons bien plus en profondeur, j'ai envie de recréer ce même schéma mais en apportant une amélioration réelle sur la zone touchée. Cela aura donc pour incidence de renourrir le méridien lésé, tout en travaillant la douleur.

Je souhaite faire le lien avec l'acupuncture, en différenciant les vrais traumatismes des problèmes énergétiques.

Ce que j'appelle vrais traumatismes sont ces douleurs où j'ai la jambe cassée, je me suis coupé etc.... tout ce qui est physique.

Et il y a ces douleurs énergétiques, où un méridien est touché, et qui, dès lors où nous le travaillons en acupuncture, nous lui redonnons une énergie, et les blocages se lèvent.

Energétiquement, nous allons mettre de nouveau un sens dans le corps de la personne, et elle en ressentira les bienfaits en voyant par exemple que la mobilité de son bras a été retrouvée, qu'il n'existe plus de douleurs aux genoux lorsqu'elle marche etc...

Pour cela, nous devons donc comprendre quelles sont les parties concernées, et puis avoir un plan de travail afin d'avoir quelque chose de très complet

Encore une fois, le but ne sera pas d'avoir un protocole tout fait, mais plutôt une technique de points que l'on adjoindra à notre traitement s'il est pertinent.

LA DOULEUR, SON FONCTIONNEMENT, LES PARTIES CONCERNEES.

A) Les parties du corps qui interviennent dans la douleur

Le message qui concerne la douleur va être envoyé par les **nocicepteurs**. Ils sont sur la surface du corps. Ce sont des récepteurs sensoriels de la douleur. Ils vont réceptionner une information et la relayer via un message nerveux en premier lieu au bulbe ou à la moelle épinière. Le bulbe et la moelle épinière sont connectés avec le tronc cérébral, une fois qu'ils ont reçu l'information de "douleur", ils la transmettent au cerveau qui va traiter le message (intégration, modulation, habitude).

Les nocicepteurs sont donc importants dans cette transmission. Ils se situent partout sur le corps, avec une quantité différente en fonction de certains endroits (épiderme, muscles, os...), c'est pour cela que nous sommes plus sensibles par exemple lorsque nous nous cognons l'extrémité des orteils par rapport à un piercing dans l'oreille.

Ils s'activent afin de nous protéger, et de prévenir d'un danger qui pourrait être lésionnel pour le corps.

Le "seuil" n'est pas mesurable, de par le fait qu'il existe de grandes variabilités entre les différents individus quant au ressenti.

Aujourd'hui différents outils ont été mis en place pour démontrer que ce seuil a une limite en termes de température, chocs.

En termes de température ressentie, ils s'activent si la température ressentie sur le corps dépasse les 45 degrés ou est en-dessous des 10 degrés.

Il existe différents types de nocicepteurs, le but ici n'est pas de les citer mais de pouvoir comprendre de manière simple ce que c'est, et quelle est l'utilité de chacune des parties en lien avec la douleur, la façon dont ils interviennent, leur fonctionnement...

Les **nocicepteurs** se composent de 2 fibres :

- Les fibres A delta, qui sont des fibres myélinisées, et permettent au message d'être transmis à une vitesse moyenne de 20m/seconde. Cela correspond à une douleur aiguë, qui ne dure pas longtemps.
- Les fibres C, quant à elles sont moins myélinisées, et ont donc une transmission plus lente, environ 2m/seconde. Cela correspond à une douleur plus sourde, moins intense mais qui dure plus longtemps.

Les nocicepteurs sont reliés au nerf spinal, qui est lui-même relié à la moelle épinière par l'intermédiaire de 2 racines rachidiennes, l'une dorsale (sensitive) et l'autre ventrale (motrice).

Ces nerfs sont plus ou moins myélinisés (la myéline est comme une longue gaine de graisse :

- Plus elle est longue et lisse plus le message est rapide
- Plus elle est courte et coupée, c'est à dire que nous pouvons observer comme des "creux" sur cette gaine, plus le message sera long à parvenir.

Plusieurs paramètres doivent être réunis pour que le message se transmette.

La moelle épinière : sans elle, pas de message. C'est comme si téléphone, électricité, facteurs, n'existaient plus dans le monde. C'est la centrale parmi la centrale :)

Elle est le prolongement de la boîte crânienne, descendant le long du corps et étant contenue dans la colonne vertébrale. Son rôle est majeur : c'est la seule capable d'envoyer le message au cerveau, sous-entendu que les racines rachidiennes ne soient pas endommagées, ce qui causerait dans ce cas-là une non motricité ou une non réception du message "douleur".

"Cette moelle est divisée en 31 segment médullaires (démarrent au-dessus de C1, et finit au coccyx) qui sont chacun formé d'une paire de nerfs spinaux. Ces nerfs sont aussi divisés en 2 racines rachidiennes dont l'une est dorsale et l'autre sensitive.

Ainsi après un accident l'une des deux racines peut être sectionnée (ou bien les deux) et il est ainsi possible de perdre la motricité d'un membre tout en ressentant la douleur de ce membre ou bien de pouvoir le bouger mais sans sentir une quelconque douleur ou sensation de ce membre (ou aucun mouvement+ aucune sensation)"

Même si toute ces notions sont vraiment intéressantes à explorer, surtout sur la myélinisation de la gaine, mes "tests cliniques" ne seront pas en lien avec cette partie.

B) les différences entre sérotonine et endorphine.

- L'endorphine est contenue dans l'hypophyse contrairement à la sérotonine qui est dans le tractus gastro-intestinal, les plaquettes sanguines et le système nerveux central
- Si les 2 sont considérées comme utile pour diminuer la douleur, la sérotonine agit plus particulièrement sur l'humeur.
- Elles s'activent toutes les deux grâce à une activité physique prolongée
- La sérotonine est une petite protéine tandis que l'autre est un neurotransmetteur monoamine

C) Comment s'activent-elles ?

Il est dit qu'en acupuncture nous libérons plus de sérotonine.

Elle est considérée comme celle qui régule l'humeur, mais aussi permet de contrôler la douleur.

Alors pourquoi l'acupuncture est-elle efficace pour travailler sur la douleur comme sur les sensations de bien-être ?

La sérotonine est contenue particulièrement dans les intestins. Ce qui est particulièrement intéressant, car dans les intestins est aussi contenue l'énergie wei, énergie de défense du corps.

L'énergie wei et la sérotonine sont donc en lien avec l'élément métal.

Pour que je puisse me sentir de bonne humeur, mes intestins auront dû libérer une quantité suffisante de sérotonine permettant d'installer une sensation de bien-être générale.

Si j'élargis ceci au processus de douleur en analysant ce qu'il peut se passer dans le corps, on pourrait en conclure la chose suivante :

- Les aiguilles sont en métal, et vont donc être en lien direct avec le gros intestin étant donné que celui-ci appartient à l'élément métal.
- Lorsque l'aiguille active un point, on peut voir une légère rougeur apparaître autour du point : celle-ci est l'énergie wei (de défense) qui vient en superficie.
- Si le gros intestin libère au moment de la poncture l'énergie wei, il va aussi activer et libérer de la sérotonine.
- Dans mes "tests cliniques" sur la douleur (voir **Page 18**), je remarque que pour beaucoup la douleur a nettement diminué, montrant que j'ai probablement libéré suffisamment de sérotonine pour amener cette amélioration

Correction : Après avoir passé mon mémoire, l'hypothèse que je faisais comme quoi les intestins libèrent de la sérotonine seulement avec la manipulation d'une aiguille est erronée. En effet, celle-ci ne peut l'être seulement en travaillant sur le système hypothalamo-hypophysaire. La sérotonine est produite pour 80% par les intestins et 20% par le cerveau. Dans divers projets que j'avais établis pour ce mémoire, j'avais prévu une partie où je mets une aiguille en lien avec l'hypophyse à chaque fois que je devais travailler une douleur. Cette hypothèse serait donc plus juste et acceptable.

Développons ici ce qu'est la sérotonine:

La sérotonine est un neurotransmetteur, c'est à dire une substance qui permet de transmettre des informations entre les neurones. Majoritairement sécrétée par les cellules intestinales (80 % de la sérotonine du corps provient de l'intestin) mais également par les neurones d'une partie du cerveau, elle joue un rôle important dans de nombreuses fonctions physiologiques comme le sommeil, l'humeur ou les comportements alimentaires ou sexuels. De fait, un déficit en sérotonine peut être à l'origine de troubles de l'humeur comme la dépression et peut également avoir des conséquences physiques, comme des problèmes d'éjaculation précoce chez l'homme. Au même titre que les endorphines, la dopamine et l'ocytocine, elle est aussi connue sous le nom "hormone du bonheur"

La sérotonine, un antidépresseur naturel ?

Dans le cerveau, **la sérotonine contribue à la sensation de bien-être**. En plus d'influer sur diverses fonctions physiologiques, elle contribue à réguler l'humeur, l'agressivité et l'émotivité. C'est pourquoi la plupart des médicaments utilisés dans le traitement de la dépression (antidépresseurs) ont une action sur la sérotonine. **Ainsi, un déficit en sérotonine peut être en cause dans la dépression ou des tendances suicidaires.** Les causes d'un manque de sérotonine. Une carence de cette "hormone du bonheur" peut avoir des origines variées comme :

- **Le manque de soleil** (la lumière stimule la production de sérotonine dans le cerveau),
- **Le stress**, qui a tendance à diminuer la quantité de sérotonine produite au sein du cerveau
- ou une mauvaise alimentation, donnant lieu à une carence en tryptophane, l'acide aminé dit "précurseur de la sérotonine", qui est nécessaire à la production de sérotonine.

Les conséquences d'un manque de sérotonine

Les carences en sérotonine, par leur impact sur le système nerveux, peuvent susciter :

- des troubles de l'humeur, dépression (comportement négatif, état apathique, irritabilité, agressivité, démotivation, perte de plaisir, émotivité, impulsivité)
- des troubles du sommeil (insomnie, réveils nocturnes)
- des troubles de la concentration
- des troubles alimentaires (boulimie)
- des troubles sexuels comme l'éjaculation précoce, une baisse de la libido

Comment augmenter sa production de sérotonine ?

En cas de carence, il est possible d'augmenter le niveau de sérotonine par des moyens chimiques via un traitement prescrit après un bilan hormonal. On peut également stimuler sa production de sérotonine par de nombreux moyens naturels. Les activités suivantes peuvent permettre d'augmenter la production de sérotonine par le cerveau:

- S'exposer à la lumière naturelle le plus longtemps possible chaque jour. Il a été prouvé qu'il y a un lien de cause à effet entre la synthèse de sérotonine et le nombre total d'heures d'ensoleillement dans une journée ;
- Faire de la méditation, du yoga, des exercices de respiration, des massages ou s'adonner à une activité de loisir pour vaincre le stress, qui a tendance à diminuer le niveau de sérotonine produit par l'organisme.
- Adopter une alimentation équilibrée ;
- Faire du sport : une activité physique augmenterait le tryptophane dans l'organisme, un acide aminé assurant la synthèse de la sérotonine au sein de l'organisme.

L'ANESTHESIE/ ANALGESIE EN HYPNOSE

Afin de pouvoir comprendre comment cela se passe en hypnose, je vais parler directement de quelque chose que j'ai vécu, en lien avec ce fonctionnement de la douleur.

Plus haut, nous avons vu qu'il y a des zones plus sensibles que d'autres, avec parfois plus de nocicepteurs. Dès que l'on va pincer certaines zones, le temps de réaction sera plus ou moins long car moins sensible.

En formation d'hypnose, pour faire le test sur la douleur en partant du postulat que le mental agit énormément dessus et que l'hypnose a cette faculté de pouvoir "couper" ce signal, nous avons décidé de le vérifier en pinçant la peau sous le bras, au niveau de l'aisselle. Un peu sadique, peut-être, seulement très enrichissant.

J'ai donc servi de "cobaye", et une personne est venue me pincer avec une certaine intensité sous le bras, très vite la sensation m'est venue pour atteindre une forte douleur de 8/10 au moins puis 2-3 secondes après j'ai atteint le maximum et nous avons arrêté.

A partir de ce moment-là, on m'a fait imaginer tout d'abord une crème magique que l'on me mettait autour du bras, puis une gaine, puis du caoutchouc pour renforcer le tout, avec pour finir le bon gros pull cousu par mamie avec des maillons bien épais. Tout pour protéger le bras.

Mon esprit était parti. Happé par cette histoire et ce qu'il se passait nous avons commencé les nouveaux "essais pinçage".

La personne a appuyé, je la regardais, dans le vide...je lui demandais d'appuyer plus fort pour voir et elle avait au moins triplé sa force de départ... je ne dépassais pas 4/10 en seuil de sensation.

Ils ont continué à me faire mettre cette crème magique etc... Puis une autre personne est venue s'y essayer (faut-il croire qu'ils avaient envie de me pincer ?)

C'est comme si on avait demandé à mon corps à ce moment-là de sécréter beaucoup plus d'endorphine sur cet endroit.

Nous étions 13 autres participants, tous sont venus à l'exception d'une seule si mes souvenirs sont bons. Seuil à 2/10, je ne ressentais qu'une caresse, on pourrait juste dire un "contact". Cela a dû durer un bon quart d'heure je dirais.

Sortie de cet état, le temps de revenir à moi complètement, un peu dans un état second, je me suis levé, j'ai marché quelques instants, retour sur la chaise et de nouveau on m'a pincé.

J'ai immédiatement retiré mon bras, ressentant de suite la douleur.

Au travers de cette expérience, qui m'aura laissé malgré tout différentes couleurs jaunes, bleues, noires, nous pouvons donc remarquer que le mental, une fois plongé dans quelque chose de différent est capable de ne pas ressentir de douleur, c'est comme si on

“déconnectait” le bras de la personne, et qu’il était à quelqu’un d’autre. Impossible de ressentir quelque chose.

Aussi étrange que cela puisse paraître, tous les bleus laissés sont restés quelques temps, indolores.

Une chose est à noter et très importante : il a été démontré que durant l’hypnose, on libère de l’endorphine au maximum.

Pourquoi l’état d’hypnose permet cette sécrétion ?

Si l’hypnose est utile pour ne plus être submergé par le stress, c’est tout simplement parce que pendant le processus d’état hypnotique, l’hypothalamus met en œuvre un processus de régulation orienté vers la stabilité.

On peut donc en déduire que pour avoir cette stabilité, l’hypothalamus ainsi que l’hypophyse doivent sécréter une certaine quantité d’endorphine, en lien avec cette sensation de bien-être que nous ressentons durant un état d’hypnose.

LE TRAVAIL DE LA DOULEUR EN ACUPUNCTURE

Il existe en acupuncture des règles fondamentales concernant le travail sur la douleur.

Nous savons que celle-ci peut-être de 3 types :

- Fixe et localisée. Cela correspond au Tching Kan (jing kan). Elle correspond à la surface du corps, aux muscles. Les tchin kan se relancent par les points ting des méridiens.

Ne pas oublier aussi les réunions des TK Yang du haut qui s'unissent au 14VB, TK Yang du bas au 18 IG, les TK Yin du haut au 22 VB et les Yin du bas au 4JM.

Le travail sur les TK est souvent fait par le massage, les ventouses ou encore l'outil favori le marteau à aiguille. Des techniques spécifiques comme le massage entre deux aiguilles est spécifiques des douleurs fixes.

- Se déplace. La personne a la sensation douloureuse un coup sur l'épaule, puis l'autre fois sur le biceps, puis sur le triceps etc.... la douleur est circulante. Nous travaillerons dans ce cas-là les Tching Tchong, grâce à des traitements comme les techniques de flanc, les douleurs en nappe par les MV selon les travaux de Niboyet. Il existe aussi des techniques de manipulation d'aiguilles spécifiques comme « le dragon remue la queue » etc.
- Erratique : la douleur apparaît et disparaît au même endroit. A différentes intensités. Ce type de douleur se travaillera par les tching PIé (jing bié) soit avec le point Ro ou encore une zone douloureuse autour de ce point, car le Lin Chou précise bien que le Jing Bié ne « part » pas du Ro mais de la zone autour du Ro. Les Jing Bié Yin s'unissent au Yang par les Roe réunion.

Nous devons aussi différencier si la douleur est plutôt yang ou yin.

Pour cela, nous avons un système de classification de la douleur afin de repérer quelles sont ses caractéristiques précises.

Nous allons alors demander au consultant si la douleur est plutôt

- Le jour/ ou la nuit
- Si elle est améliorée/ aggravée au froid (yin) ou au chaud (yang)
- Si elle est améliorée/ aggravée au mouvement ou au repos
- Si le chaud ou le froid diminuent/ accroissent la douleur
- Si lorsque nous posons la main dessus en appuyant fort c'est amélioré ou aggravé.

Cela va nous permettre d'avoir un diagnostic différentiel nous permettant de dire si la douleur est plutôt yin ou yang, vide ou pleine, profonde ou superficielle, sourde ou lancinante...

Une fois que nous avons ces informations, nous devons donc travailler en conséquence et proposer un traitement qui ne soit pas que symptomatique. Un traitement dans lequel les points concernant la douleur s'ajointront correctement au bilan énergétique exécuté.

Il existe une autre méthode, dont je parle brièvement dans la partie 1 de mes tests cliniques. J'explique que lorsque je n'ai pas eu le résultat escompté, j'ai travaillé la douleur avec la technique des flancs.

Une approche réellement intéressante et surtout incroyable pour le consultant qui la vit.

En effet, nous savons que **toute douleur quelle qu'elle soit**, se manifeste au niveau de notre prise de pouls. En effet, nous sentirons comme un renflement d'un côté, soit radial soit cubital.

Cette information capitale nous donnera alors le point que nous devons travailler afin que la douleur se lève et s'en aille, pour permettre à la personne de retrouver une certaine mobilité, sans gêne.

L'idée ici n'est pas de décrire tout le processus, mais d'avoir simplement l'idée que le pouls manifeste la douleur.

Cette règle me sera utile dans mon approche et dans ce que je souhaite mettre en place, car après mes tests je pourrais donc vérifier si un flanc est présent au niveau du pouls, m'indiquant si oui ou non mon travail a été bénéfique.

Notez bien que cette monographie part d'une hypothèse de travail visant à démontrer que le point Mo pourrait être équivalent dans la suppression de la douleur que d'autres techniques dont nous avons déjà parlé ou connaissance.

Aussi, pour ne pas alourdir ce travail, je ne parlerai pas des pouls, acte fondamental dans tout traitement en acupuncture. Il va sans dire qu'avant tout traitement sur les patients que j'ai eu pour réaliser ce travail, il y a eu un bilan énergétique suivant les quatre temps de l'examen traditionnel permettant de faire le choix d'expérimenter ou non avec le patient, l'idée du point Mo dans la suppression de la douleur. Toute expérimentation demande à se libérer de certaines contraintes imposées comme lois dans l'exercice de l'acupuncture traditionnelle. J'en ai bien conscience et n'oublie pas les bases comme ne jamais faire de double vide ou encore de suppression.

Merci à toutes les personnes qui ont accepté de participer, en me faisant confiance, dans cette voie inexplorée de la fonction du point Mo.

LA METHODE DE TRAVAIL APPLIQUEE

Le travail sur les personnes que j'ai reçu se fait de cette façon

Je pars du principe que la douleur, l'endroit où elle est ressentie est l'ancrage négatif.

Je prendrais comme point d'ancrage positif le point MO

Je vais donc commencer les ponctures avec le point Mo, que je vais tonifier.

Je ferais 3 manipulations de tonification afin d'envoyer le message positif

Je dois ensuite faire l'ancrage négatif, de manière moins forte, c'est donc le point où il y a la douleur. Pour l'instant je disperse l'endroit où la douleur est présente, afin d'envoyer le message de faire circuler. Je manipule alors une à deux fois l'aiguille, afin de marquer le point négatif.

Particularités : dans le cas où la douleur se situerait au 24vb, on identifierait donc le trajet de la Vésicule biliaire. Le point douloureux se trouvant sur le point MO, je commencerais dans ce cas-là à manipuler en tonification en profondeur, puis je disperserais en superficie. Cependant, ce type de schéma ne serait pour l'instant pas pris en compte étant donné que je ne m'intéresse qu'à la mobilité des bras/ jambes

A ce moment-là, j'envoie encore des manipulations sur l'aiguille "positive", celle du point Mo.

Suite à cela, je retire l'aiguille négative, manipule la positive, demande de vérifier si c'est mieux sur le mouvement pendant la manipulation et la retire.

Ce temps où je manipule l'aiguille positive a pour but d'emmener plus de souplesse, et une "disparition" du message "attention douleur".

Il faut que le positif prenne la place du négatif, c'est LE DERNIER MESSAGE que le corps doit avoir. Je me suis posé la question du "strapping" qui s'y rapproche le plus de la technique de l'ancrage-désancrage, car nous gardons en contact et en lien les deux points positifs et négatifs.

Pas simple à mener, je me suis limité à ces essais-là sur un échantillon de 30 à 50 personnes pour en tirer des débuts de conclusion.

POURQUOI J'AI CHOISI LE POINT MO ET NON LE POINT IU/IUAN

Comme je l'ai expliqué précédemment dans la partie sur la douleur, je n'interviendrais pas sur tout le circuit des moelles via les points de la VB ou du TM. Pour ce mémoire, j'ai pris la décision d'aller chercher une technique approfondie qui me permettra de différencier le moment où le cerveau est "actif" et le moment où il ne l'est pas.

Ce que j'entends par là, par le terme "actif", c'est cet instant où je vais demander à la personne de repenser à un souvenir positif.

En prenant cette décision, j'ai voulu aller nourrir la profondeur, c'est à dire l'organe, qui diffusera son énergie au méridien.

Je trouvais intéressant, étant donné que dans notre pratique nous ne nous intéressons pas seulement au symptôme de surface, de pouvoir démontrer que cette douleur qui se manifeste sur le trajet du méridien, si elle est énergétique, peut-être améliorée en travaillant l'organe.

Une fois le trajet de la douleur repérée, je garde en intention de connecter l'organe et le méridien via mes deux aiguilles. Lors de ma manipulation, je souhaite tonifier l'énergie de mon organe, pour la ramener en surface sur le méridien.

En faisant cela, j'"effacerai" donc le signal de douleur présent sur ce dernier.

C'est pour cette raison que j'ai pris la décision de travailler sur le point MO, qui amène l'énergie de l'interne (organe) vers externe (méridien) contrairement au point IU/IUAN qui emmène l'énergie de l'externe (méridien) vers l'interne (organe).

CLINIQUES

I) en 1er lieu, je ne travaillerai qu'avec l'aiguille négative et positive. Le patient n'intervient pas, il exécute simplement les mouvements demandés.

II) l'idée de la deuxième série de test est de mettre l'aiguille "positive" sur le point mo, en demandant au patient de penser à un souvenir positif, manipuler 2-3 fois, de mettre l'aiguille "négative", manipuler puis retirer. Continuer la manipulation de l'aiguille positive avec le souvenir, et vérifier en parallèle l'amélioration du mouvement.

CLINIQUES PREMIERE SERIE

Patient 1 : Femme qui présente une douleur qui prend les trapèzes, derrière le 21VB et qui prend l'arrière du bras. Nous retrouvons le trajet du TR .

- Pratique : 5 JM (mo du TR) tonifié 3 fois, 15 TR dispersé 2 fois, 5JM manipulé 2 fois.

Retrait du 15TR, manip du 5 JM puis retrait.

Je demande à cette femme de bouger, plus aucune gêne ressentie, mouvement plus fluide, sans douleur

Patient 2 : Gêne coté externe de la cheville, apparue sans faux mouvement, ou torsion. La gêne se situe un peu en avant du 62 VESSIE. Trajet de vessie utilisé.

- Pratique : 3 JM tonifié, 3 fois, point douloureux dispersé 2 fois, et manip de nouveau du 3 JM 2 fois.

Retrait du point douloureux, manip du 3jm puis retrait.

Je demande à cette femme de bouger le pied, plus aucune gêne au pied, la sensation de douleur est partie. J'ai demandé à la personne de marcher afin de vérifier les bienfaits qui se sont avérés efficace étant donné qu'aucune douleur n'a été ressentie.

Une semaine après, alors que la personne n'avait plus aucune gêne, elle m'a annoncé avoir mal au pied, le même, mais à l'intérieur : Suppression ? Déplacement de symptômes ?

Nous sommes très certainement vers une aggravation étant donné que ce déplacement de symptôme est passé du côté yang au côté yin.

Patient 3 : Femme 50 ans, présentant une douleur se trouvant vraiment aux endroits du 3P (point de départ), qui monte jusqu'au 2P. La douleur est identique des deux côtés, et bloque au moment de la montée de bras. On se retrouve devant une double douleur. Je suis parti

sur le principe de ne faire qu'un seul côté, pour libérer les 2, puisque nous sommes sur le même méridien.

- Pratique : 1 P tonifié 3 fois, 3 P dispersé 2 fois, 1 P tonifié 3 fois. Je demande alors à la personne de bouger le bras droit, elle le lève, encore avec la douleur, nous avons gagné en mobilité (très légère, et douleur présente encore.) J'ai manipulé de nouveau, aucune amélioration. Je demande alors à la personne de bouger l'autre bras, celui-ci s'est levé jusqu'au visage, puis blocage : belle amélioration. J'ai demandé à la personne de vérifier de nouveau le bras droit en manipulant le 1 P. **aucune amélioration**

Conclusion : sur cette problématique, on peut dire qu'on n'a pas "effacé" la notion de douleur, la personne a gagné en mobilité d'un bras, c'est tout.

- J'ai vérifié avec la technique des flancs, flanc sur Poumon qui tire à gauche, poncture du 7 P droit, et libération du mouvement des deux bras et moins de gêne.

Ce que je retiens et que je devrais vérifier dans le cas d'une douleur bilatérale :

- Une aiguille agit sur le méridien opposé.
- Une seule aiguille ne peut suffire à débloquer une douleur à 2 endroits simultanés.

-Pour cette pratique, j'ai prévenu la personne que je faisais cela dans le cadre de mon mémoire.

Cela change sa façon de vivre sa séance, car une partie d'elle a pu se bloquer en se disant que cela ne fonctionnerait pas étant donné que c'était un "test". Cela reste une hypothèse.

Patient 4 : Femme 55 ans, poissonnière, travaillant de 2h30 à 15h, portant des charges lourdes. Celle-ci m'annonce une douleur au tout départ démarrant au 11 GI. Douleur qui peut prendre l'épaule ET qui remonte vers les cervicales et derrière l'oreille. J'ai demandé de nouveau le point de départ de la douleur, qu'elle a confirmé. On remarque donc qu'il y a 2 trajets de méridiens concernés : GI/IG. Dans cet exemple j'ai décidé de me baser toujours sur le premier geste qu'elle a montré, à savoir douleur sur 11 GI

C'est une douleur au mouvement, lors que le bras se contracte ou se détend.

- Pratique : 25 E tonifié 3 fois, 11 GI dispersé 1 fois, 25 E tonifié 3 fois.

>mouvement du bras, Extension ok, la dame replie alors le bras, et la douleur est restée. Sur le 1er mouvement, on a donc absence de douleur, mais pas dans l'autre. J'ai effectué la manipulation du point positif sur 2 temps, nous n'avons eu aucune amélioration lorsque le bras se replie.

> je suis donc passé sur la technique des flancs, un était présent sur le GI, l'IG étant trop faible pour en déceler un.

Une fois le 6 GI effectué, amélioration immédiate lors de la contraction du bras, puis en grande aiguille 3 R : plus aucune douleur.

Conclusion : J'ai réussi grâce à cette technique à diminuer de 50% la douleur, mais pas totalement, la technique des flancs ayant vraiment apporté encore une nette amélioration.

On peut se poser la question de savoir si je n'aurais pas dû prendre l'IG puisqu'en 2eme elle avait montré le coude et trajet de l'IG jusqu'au petit doigt.

Patient 5 : - Jeune femme de 26 ans, fine, une douleur est survenue a une date précise, au niveau de l'épaule droite, lui empêchant littéralement de bouger le bras. Son impression est d'avoir un bras mort, lorsqu'elle essaye de le lever sur le côté ou l'avant une forte douleur apparait, par contre, lorsque je lui lève son bras tout va bien.

Je l'ai déjà vu 2 fois, on avait fait la technique des flancs, on a eu a chaque fois de légères améliorations (surtout sur le côté). Aujourd'hui, le bras se lève à 90° avec départ de douleur sur le triceps, au 9 IG, et environ sur le 13 IG. Comme ce sont des points différents je l'ai fait en 3 fois, en prenant le 4 JM en base de tonification.

- Pratique : 4 JM tonifié 4 fois, point douloureux dispersé 2 fois, 4 JM tonifié 4 fois et mouvement : Amélioration, fin de la douleur sur le côté, et les deux points 9 IG et 13 IG tirent lorsqu'elle tente de mettre le bras vers l'avant.

Comme j'avais retiré les aiguilles, toujours dans le même ordre, j'ai recommencé avec le 4 JM de base. Toujours la même manipulation, avec le point douloureux dispersé.

- Pratique 2 : 4 JM tonifié 2 fois, car j'ai estimé l'avoir assez stimulé, en tant que point positif, 9 IG dispersé, 4 JM tonifié et mouvement : cela ne tire plus sur le 9 IG. Seulement en haut vers le 13 IG, j'ai donc retiré le 9 IG pour mettre l'aiguille sur le 13 IG dispersé, avec la même manipulation. Après la demande du mouvement vers l'avant, on a encore une amélioration, seulement cela tirait légèrement à un autre endroit.

Conclusion : technique positive sur ces douleurs, en les ayant travaillées en plusieurs fois, même si une "résistance" persistait sur le mouvement vers l'avant. J'ai vérifié de nouveau le mouvement sur le côté en fin de séance qui est resté très fluide.

Patient 6 : dame de 39 ans, présentant une douleur qui prend sur le pouce gauche et s'étendant jusqu'à la styloïde radiale. Douleur qui l'empêche d'appuyer avec son pouce ou de lever des objets. Nous sommes donc sur le trajet du Poumon, j'utiliserais donc le point Mo du poumon ainsi que la poncture à l'endroit le plus sensible.

- Pratique : j'ai pris le 1 P le plus sensible, je l'ai tonifié 3 fois, je suis allé sur le pouce poncturer l'endroit où se trouve la douleur, dispersé 2 fois, puis je suis de nouveau retourné sur le 1 P, tonifié 2 fois car la "décharge venait immédiatement".

Retrait de l'aiguille douloureuse, manipulation du 1 P pendant que ma patiente testait en exerçant une pression de son pouce sur sa jambe >> Aucune douleur, seule reste la "gêne" dûe probablement à l'inflammation présente.

Conclusion : Résultat immédiat, technique positive lui ayant permis d'avoir plus de mouvement.

Retour de cette personne la semaine suivante, la douleur est revenue exactement avec la même intensité le lendemain, et ce, pendant toute la semaine. J'ai donc agi avec Technique de flanc, qui a porté ses fruits (2 semaines sans la douleur)

Je revois donc ma conclusion après ce retour, qui semblait intéressante de prime abord, mais ne s'est vue d'aucune utilité sur la longueur.

Patient 7 : Dame de 60 ans, me décrit une douleur le long du trajet du GI, avec un point de départ au 11 GI

Donc Base du traitement, 25 E tonifié/ 11 GI dispersé.

- Pratique : je tonifie 3 fois le point MO de l'estomac, je suis allé disperser le 11 GI, tonifié de nouveau le 25 E en demandant encore à la personne de bouger le bras voire si une amélioration se faisait ressentir, puis j'ai retiré l'aiguille 11 GI et 25 E.

Résultat immédiat.

J'ai revu la personne 2 semaines plus tard, et le bras allait toujours mieux.

Patient 8 : Femme de 45 ans, sage-femme depuis 20 ans, ressent une forme de tendinite prenant son départ au 4 IG remontant jusqu'au 11 GI, pour repartir sur l'arrière niveau du TR. J'ai pensé au 8 TR mais seulement je voulais garder ma base de traitement.

- Pratique: 4 JM tonifié/ 4 IG disp. Manipulation du 4 JM en demandant un mouvement de la personne.

En exécutant la manipulation, le poignet restait bloqué, toujours cette forme de douleur sur la table, je dirais 0 amélioration même si la personne me disait que cela soulageait, mais je n'avais pas la mobilité, et elle grimaçait.

Etrangement, et cela est la première fois que cela se produit, dès le lendemain elle allait mieux, cela je ne l'ai su que 3 semaines après notre rendez-vous.

Elle bougeait le poignet devant moi dans tous les sens, elle m'a dit avoir ressenti un reste de gêne, a complété avec une séance d'ostéopathie pour améliorer encore plus, et cela s'est bien passé.

En termes de résultat, c'est évidemment très satisfaisant puisque cela tient depuis 3 semaines. Je n'ai cependant pas eu l'amélioration souhaitée sur la table. Et il lui reste les

douleurs du 11 GI au 13 TR, donc à essayer avec le LO du TR en ayant pour idée qu'il regroupe les 3yangs du haut

Patient 9 : Femme de 65 ans, douleur lever d'épaule, au niveau de l'acromion.

- Pratique : J'ai donc pris le trajet du Gi, 25 E tonifié + douleur dispersée.

En termes de manipulation, cela a commencé à disparaître, puis à se déplacer plus sur l'arrière, mouvement légèrement plus ample mais bloqué encore dû à cette sensibilité.

5 jours après j'ai eu des nouvelles de cette patiente, l'épaule n'a toujours pas d'amélioration. La sensibilité au niveau de l'acromion est toujours présente.

Patient 10 : Femme de 55 ans environ, chauffeur de bus, qui a vécu 2 gros drames. Cette tendinite est apparue subitement (sans raison pour elle), et l'empêche de lever le bras, monter la vitre du bus etc...

Ici encore nous sommes sur une douleur du méridien du GI.

- Pratique : 25 E tonifié/ douleur dispersée et de nouveau le 25 E tonifié.

Sur table, j'ai donc demandé à la personne d'effectuer les mouvements qui étaient douloureux avant, et de voir comment c'est mieux. Elle pouvait mieux tourner le bras, le lever restait encore contraignant. J'ai manipulé de nouveau 2 fois le 25esto, de la même façon, cela restait quand même bloqué.

Ayant déjà vu une amélioration dès le lendemain, j'ai expliqué que cela pouvait s'améliorer dans les 2 jours, le temps que cette énergie se mette bien en place.

Bilan : 5 résultats où la douleur a disparu, 1 où elle est revenue le lendemain. 2 n'ont pas eu d'effet (au moment où j'écris, j'attends la 2eme personne pour un éventuel retour car sur table aucune amélioration). Ce que j'en retiens, c'est que pour la plupart du temps nous gagnons au moins en mobilité, en souplesse. Cependant, contrairement à la technique des flancs, c'est moins "immédiat".

SYNTHESE DE LA PREMIERE SERIE :

- Si on parle d'amélioration nette, j'ai obtenu 4 résultats sur 10.
- Il est dit qu'un grand ouvrier obtient des résultats 8 fois sur 10. Même si l'occurrence était faible, je m'aperçois que j'ai eu peu de résultats.
- Il est intéressant de voir une amélioration, ce qui s'est passé dans 8 cas sur 10. Intéressant pour les personnes, qui voient sur place du mieux, et qui ont l'envie de voir plus. Cependant cela ne l'est pas pour moi, car je souhaite que cela soit aussi rapide que les flancs.

- Etant donné que pour certains cas, la douleur est revenue malgré l'amélioration le jour J, j'ai décidé de comparer avec la technique des flancs, qui elle reste une méthode "vérifiée". On remarque que l'on a 80% d'amélioration avec mon approche, seulement sur ces 80%, 50% ont un retour de la douleur. La technique des flancs amenant elle un complément non négligeable dans le résultat final puisqu'une seule personne n'a eu aucun mieux.

CLINIQUES DEUXIEME SERIE

- **Je souhaite faire intervenir le mental.**
- **Je vais continuer d'utiliser le point Mo+ point négatif dispersé.**

Patient 1 : Jeune femme de 35ans, a eu un accident en 2004. Sur un scooter en passagère, elle a été percutée, et a eu de multiples fractures : épaule G, tibia d, fémur G. Aujourd'hui, la mobilité du bras gauche est réduite, et surtout douloureuse, elle le sent lorsqu'elle lève le bras (prendre la ceinture en voiture par exemple). Le point qui bloque était entre Poumon et Gi, j'ai décidé de prendre le Gi car c'est toute la structure de l'épaule qui pouvait bloquer, et puis remettre ce yang en mouvement.

- Pratique : j'ai expliqué que dans le cadre d'un mémoire que je fais sur la douleur, qui montre de très bons résultats sur la façon dont on peut gérer la douleur mentalement, en expliquant que la douleur n'est qu'un doux leurre, que ce n'est pas ici le cœur du problème. J'ai donc emmené la personne à m'écouter attentivement, de sorte à ce qu'elle acquiesce à mes dires.

J'ai donc piqué le 25 E tonifié 3 fois, et puis je lui ai demandé de fermer les yeux, de prendre un souvenir proche ou lointain, dans lequel elle pouvait se sentir en paix, se sentir bien. Quelques secondes après elle fermait les yeux, visage reposé, et je suis allé mettre l'aiguille en même temps dans le point douloureux, tout en demandant de garder son image agréable, en me signalant simplement quand le picotement venait.

Après mes 2 manipulations, j'ai enlevé l'aiguille, je l'ai accompagnée afin qu'elle ouvre les yeux, puis lui expliquant que cette énergie servait à informer le méridien qu'il a reçu en quelque sorte l'énergie dont il a besoin pour bouger le bras.

J'ai donc demandé qu'elle bouge le bras, voir comment elle le monte beaucoup plus haut. Et là assez miraculeusement, le bras est monté comme jamais elle ne l'a bougé depuis 2004.

J'attends donc de la revoir, nous avons encore testé le mouvement suite à la séance et les 2 bras pouvaient se rejoindre sans difficultés apparentes.

3 jours après, j'ai pris des nouvelles dans le cadre du mémoire, que j'ai décidé d'installer pour un suivi plus précis, tous les mouvements qu'elle ne pouvait pas faire depuis 15ans elle peut les faire dès à présent. Il semblerait logique que cela dure, je verrais cela à la prochaine séance

1 semaine après, tout est toujours pareil, donc résultat excellent.

-Quelques mois après (novembre 2019) j'ai eu de ses nouvelles et tout était toujours libéré.

Conclusion : résultat très satisfaisant, objectif atteint à 100%

Patiente 2 : on retrouve la patiente 10 de la dernière série, sur laquelle j'ai appliqué cette nouvelle méthode, en lui expliquant le déroulé de la séance

La douleur était sur le trajet du GI, et s'est déplacée après la manipulation du 25 E, j'ai donc gardé le rythme en ajoutant le 4 JM, mot du IG.

Elle allait de plus en plus en arrière (amélioration ?? Car on passe d'un côté plus "yin" entre poumon/gi a plus de yang).

Cette manipulation lui a permis de lever le bras plus haut, sans grimacer. Je lui ai donc demandé de faire de nouveaux les mouvements qu'elle exécute quand elle est dans son car, et là elle a senti que cela élançait de nouveau. Je me suis arrêté, en expliquant que l'amélioration n'est pas forcée d'être soudaine et qu'elle pourrait constater une mobilité plus fluide les jours suivants.

Je l'ai donc contactée 3 jours après, en lui demandant de ne pas me dire de résultat "pour me faire plaisir" car je sentais cela chez elle, elle m'a certifié que le mouvement était légèrement plus ample, que la sensation qui la gênait venait quasiment au même mouvement, cependant elle était beaucoup moins forte

Conclusion : Résultat mitigé. En effet, cette dame a réussi à gagner en mobilité, seulement le blocage est resté, de manière beaucoup moins intense. La façon d'aborder la douleur reste quand même intéressante, car nous avons fait seulement une séance dessus, et en l'ayant revue 2 fois de plus, sa douleur était partie. Cela a donc permis d'installer un mouvement énergétique profitable. On n'est pas à 100% de résultat, sur une séance comme je l'espérais, mais je pense qu'on a réussi à débloquent au moins les 2/3 de sa problématique.

Patient 3 : Homme de 55 ans environ, qui présentait une douleur différente des autres personnes.

Il m'a annoncé avoir une sensation de douleur au pied sur le côté externe, trajet vessie clairement identifié, sur des mouvements de rotation interne comme externe.

J'ai donc pris 5 bonnes minutes pour bien expliquer le fond du problème avec l'idée encore de doux leurre, j'ai vu que j'ai réussi à capter de nouveau son attention.

- Pratique : 3 JM tonifié >> pensée d'un événement positif avec toujours une forme de description que j'amène très brève, je pique la douleur en dispersée, la personne pense toujours au souvenir positif, je manipule en dispersion, j'enlève l'aiguille et je manipule de nouveau le 3 JM

J'ai demandé à la personne de bouger le pied. Aucune sensation, aucune gêne : (" je ne sens plus aucune douleur je peux bouger le pied normalement")

Il faut noter que pour cette séquence, j'ai retiré l'aiguille négative pendant que je tonifiais le 3 JM (chose que je n'ai jamais faite auparavant). En fonctionnant de cette façon, on se rapproche au plus près de la technique de l'encrage et du désencrage que j'utilise en hypnose. Quelquefois je n'ai pu le faire car ce n'était pas pratique ou n'y ai tout simplement pas pensé.

3 jours après, j'ai donc rappelé ce monsieur afin d'avoir son ressenti. Le jour de la séance tout avait disparu, étrangement le lundi au travail il a de nouveau senti le "retour" de cette douleur, et qui a disparu le soir même. Mardi et mercredi (donc aujourd'hui, le jour où j'écris ces lignes) il a pu profiter de toute la mobilité de son pied, sans douleur. Remarque très intéressante de sa part, étant donné que je lui ai dit que j'allais l'appeler, il a fait attention durant 3 jours à mettre les mêmes chaussures, cela peut sembler anodin, mais cela reste un paramètre plausible pour une douleur au pied.

-2 semaines après, j'ai eu le retour de sa femme me disant que tout se maintient, qu'il ne ressent plus rien.

Conclusion : Résultat satisfaisant à 100% en ayant permis à cette douleur de partir immédiatement.

Patient 4 : Homme 55ans, militaire, personne "bois", dans toutes ses caractéristiques (mains, caractère, voix, tempérament), a eu diverses maladies suite à ses opérations militaires, et souffre actuellement d'une douleur au 11 GI. Douleur qu'il sentait en profondeur, et qu'il sentait aussi à peine il effleurait le bras.

2 séances que je le voyais, nous avons eu des améliorations, et hier, le mardi 9 juillet, je le voyais une 3eme fois.

Je lui ai encore expliqué le système de mes recherches, pour qu'il le comprenne, le conscientise, et aille encore dans mon sens (ce qui permet de capter son attention, d'avoir un "yes set" (c'est à dire plein de réponses "oui" de sa part). J'ai donc exécuté mes ponctures de la même façon :

- Pratique : 25 E tonifié(3fois)> pensée d'un événement positif avec description > tout en gardant le souvenir : 11 GI dispersé (2 fois)> manipulation du 25 E, puis 11 GI en gardant la manipulation simultanée du 25 E, retrait du 11 GI. J'ai demandé à Mr. X de bouger le bras, et plus de sensation.

Quelques jours plus tard, très léger mieux, mais toujours une sensation "profonde" de la douleur.

Conclusion : Résultat mitigé, intéressant encore dès la pratique de la poncture, puis quelques jours après cette sensation gênante est revenue, moins forte. Aujourd'hui encore (le 25/09/19) c'est une personne que j'ai revue, et qui après 2-3 séance de plus, ne sent plus cette douleur au bras. Impossible à mettre au repos étant donné qu'il travaille le Bois, ses bras sont tout le temps en activité, et aujourd'hui il arrive à travailler sans gêne.

On a encore réussi à mettre un mouvement intéressant, qui n'aura pas été vain, et qui a montré de jolies vertus.

Patient 5 : Homme de 40 ans présentant une capsulite. Le bras se lève vers l'avant à 45° tout au plus, et sur le côté idem. Le mouvement pour aller chercher les choses vers l'arrière est très compliqué, et à chaque fois, un mouvement bloque et devient douloureux. Le point douloureux se trouve au 14gi

De la même façon que pour toutes les autres personnes, j'ai tout expliqué afin que la personne assimile l'idée.

- Pratique : 25 E tonifié 3 fois, pensée positive puis 14 GI dispersé 2 fois, tonification du 25 E. A ce moment, j'ai demandé à la personne de bouger son bras premièrement vers l'avant, le bras était tendu à 90° quasiment, il sentait le blocage, il n'a donc pas forcé mais aucune douleur. J'ai demandé d'exécuter le mouvement de la même façon mais sur le côté, là c'était plus compliqué, pour ma part je n'ai pas vu grande amélioration, par contre aucune douleur au blocage encore une fois. À la suite de la séance, toujours pas de douleur.

3 jours après, monsieur X vient de me contacter, le bras avait retrouvé son blocage initial, toujours douloureux.

J'avais essayé du coup cette façon de faire sur une capsulite, en voulant voir si cela arrivait à dépasser le blocage que crée cette problématique. J'ai eu de légers doutes au début car cette façon de faire est utile quand aucun blocage "réel" ou "mécanique" n'existe. J'ai réussi à améliorer certainement sur quelques heures à peine, donc non concluant !

Conclusion : Non concluant. Aucune douleur dès la pratique, mais tout est revenu 2-3 jours après. On peut dire que tout n'est pas négatif à 100%, étant donné que l'on a réussi à couper le message de la douleur sur la table. Chose qui nous intéressait, seulement l'amélioration totale ne s'est pas produite. Je n'ai vu cette personne qu'une seule fois après, qui n'a pas souhaité continuer n'ayant pas eu l'amélioration escomptée.

Patient 6 : Homme d'une trentaine d'années, travaillant dans la sureté. Au-delà de deux trois petites problématiques, il me décrit une gêne à la partie interne de l'omoplate gauche, sur 2 types de mouvements. Étant donné qu'il sent 2 points en lien avec le méridien de l'IG, j'ai donc pris le 4 JM comme point Mo.

- **Pratique** : De la même manière que les autres façons de faire, j'ai pris le temps d'expliquer le trajet de la douleur, et l'idée de ce que je souhaite travailler au travers de ce mémoire. Il était totalement à l'écoute, j'ai donc manipulé le 4 JM, lui ai demandé de choisir un moment positif dans sa vie, je l'ai guidé durant quelques instants, je suis allé chercher le point douloureux que j'ai piqué en dispersion puis il s'est rallongé.

A partir de cet instant, je lui ai suggéré de penser à son souvenir et j'ai manipulé 3 fois l'aiguille. Je l'ai rassisé, et ai enlevé l'aiguille au bord interne de l'omoplate, et tout en manipulant l'aiguille au 4 JM, il bougeait le bras.

Le bras partait dans tous les sens, sans gêne, et en particulier le mouvement le plus sensible avait disparu !

J'ai donc retiré l'aiguille, fait ma poncture, et j'ai de nouveau vérifié à la fin de séance. Tout était amélioré. Je lui ai demandé de me tenir informé d'ici 3-

4 jours (donc le 05/12/19 environ).

Mr X m'a envoyé un message me disant que la douleur avait énormément diminuée 4 jours après, et je viens d'avoir de ses nouvelles aujourd'hui (le 17/12) me disant que cela était resté diminué, il a retrouvé une belle mobilité, avec un léger ressenti de gêne.

Conclusion : je trouve cela convaincant, en effet sur table il n'y avait plus de douleur, et là ses mots ont été « rien de comparable à avant ». Ce qui laisse présager une nette amélioration dans son ressenti. Alors ce n'est pas un 100% de réussi car il existe encore une gêne mais je pense que nous avons réussi à relancer son méridien par cette méthode.

Patient 7 : Homme d'une cinquantaine d'année, présentant une tendinite en point fixe localisée sur le trajet du GI sur le bras gauche (le 8/12/19)

- **Pratique** : 25 E manip, +souvenir + point douloureux dispersé ainsi que le retrait et enfin manipulation de nouveau du point positif pendant que Mr X bougeait son bras pour essayer de retrouver ce qui était sensible. Résultat très concluant, car plus rien sur table.

Le 13/12/19 j'ai pris des nouvelles de ce monsieur, et fait étrange, mais qui signe une amélioration, la douleur n'est plus au même endroit, elle s'est déplacée vers les extrémités. C'est donc une première dans cette façon de pratiquer, qui montre encore ses bienfaits avec une amélioration d'après les règles thérapeutiques.

Conclusion : Encore une fois très satisfaisant, si cela tend à l'amélioration on pourrait dire que c'est réussi à 100%. Il ne reste plus qu'à voir comment cela à évolué pour ce monsieur.

Patient 8 : Homme d'une quarantaine d'années, qui a depuis 6 mois une douleur à l'épaule type tendinite sur le trajet du GI. C'est un homme qui, envoyé par sa femme, pense que tout est binaire, me dit dès le départ que ces pratiques il n'y croit pas trop etc... donc dès le départ, je sais quel type de dialogue je vais avoir avec lui, sachant que cet homme va tout faire pour retrouver la douleur à l'épaule aussi, car s'il ne la retrouve pas, cela met à plat toutes ses croyances.

- **Pratique** : J'ai donc expliqué tout le processus sur table à la personne, encore une fois afin d'avoir beaucoup de « oui » de sa part, puis je suis allé mettre les points concernés :

25 E tonifié, je lui ai demandé de retrouver un souvenir très agréable, tout en manipulant en tonification (3-4 fois) j'attendais qu'il me signale le picotement. Puis tout en le laissant dans son souvenir, je suis allé sur le point douloureux, manipulé, retiré l'aiguille et puis je lui ai demandé de bouger son bras.

A ce moment-là, il a levé le bras sans gêne, un peu abasourdi, et me disait « la pour le moment ça ne fait pas mal ». Il a bougé le bras sans aucun souci, j'attendais ensuite la fin de la séance.

Fin de séance, il me dit « bon la douleur est revenue c'est normal », ce à quoi j'ai répondu bien évidemment oui.

Cas que je trouve vraiment intéressant, car encore une fois on est capable de s'apercevoir dès le départ des processus inconscients des personnes, et surtout des croyances qui prennent une part prépondérante dans notre façon de ressentir les choses.

SYNTHESE DU DEUXIEME GROUPE :

- Sur 8 consultants, 6 ont eu une amélioration avec quelquefois un léger reste de blocage. Je le considère quand même pour ceux-là comme une réussite, car cela peut être des douleurs comme si un hématome interne restait. La douleur ayant disparue en quasi-totalité et la mobilité du membre concerné ayant été retrouvée, cela donne réellement satisfaction.
- De la même façon que la comparaison précédente avec un grand ouvrier, j'ai obtenu 6 résultats sur 8. Ce qui est équivalent à 7/8 personnes sur 10 en amélioration. Encore une fois, l'occurrence était très faible pour en tirer des conclusions hâtives, cependant j'ai constaté toutes les possibilités qui me sont offertes avec cette nouvelle façon d'aborder la douleur, que je vais continuer de peaufiner.

EN RESUME :

- Suite aux méthodes que j'ai pu explorées, j'ai remarqué qu'elles nous offraient différents résultats, qui restent réellement satisfaisants et à continuer d'approfondir.

La situation actuelle depuis le 15 mars 2020 nous empêchant de pratiquer, j'ai dû mettre un terme à mes observations « de terrain ».

J'ai eu la chance d'avoir une vingtaine de personnes, qui ont toutes accepté sciemment ce que je leur proposais, en leur expliquant à chaque fois que c'était par rapport à un mémoire sur la douleur.

BILAN FINAL

Deux approches similaires ont été testées. J'ai rajouté un élément "mental" dans la deuxième approche qui revient à rendre le consultant encore plus actif, en l'intégrant à ma méthode et en le faisant participer. Cela avait du sens pour moi, car un changement ne vient pas de façon passive.

Si je dois faire une comparaison entre les deux méthodes, la 1ère nous amène 40% de résultat, l'autre environ 75-80%. Cela est sur une faible occurrence, et il est très important de le souligner, car le facteur humain joue un rôle important. Je ne peux donner des statistiques comme étant "fiables" sur un échantillon de 8 10 personnes. Cependant cela me donne une direction.

Faire intervenir le mental regroupe donc 2 techniques, une approche plus "hypnotique", avec un accompagnement mental, guidé, à laquelle on y incorpore de l'énergétique chinoise avec le travail sur l'organe et le méridien.

Concernant le bilan par rapport à la présupposition de mon titre, qui explique que la douleur ne peut être qu'un doux leurre, je pense être en mesure de confirmer ces propos.

Encore une fois, il me faudrait plus de pratique afin d'avoir des conclusions réalistes.

Cependant, ce faible échantillon, dans lequel j'ai eu 2 façons de procéder, me montre bien que faire intervenir le mental permet de rajouter une aide précieuse quant à l'amélioration sur une douleur, qui n'était finalement que le signal d'un "dérèglement" interne et non de surface.

Travaillant à l'origine dans le conversationnel, j'avais une approche déjà très positive, et j'avais mes dires avec beaucoup de congruence.

Je sais que les premiers instants, les premières minutes d'une séance sont primordiales, car tout se joue dans cet instant : je capte la personne ou je la perds.

Le cerveau humain regorge de capacités insoupçonnées, mais aussi de diverses capacités à tirer des conclusions hâtives « si cela marche chez tout le monde, pourquoi pas chez moi » etc...

Toutes ces croyances-là, je m'en suis servies donc afin de mettre le plus de chances de mon côté.

En parlant de cela, je rajoute donc un paramètre non-négligeable dans la réussite de mes observations.

Comment réagir lorsque votre praticien vous annonce « écoutez, je suis en train de préparer un mémoire, mon plan n'est pas encore totalement établi, je ne sais pas ce que cela peut donner, j'aimerais bien que cela fonctionne alors tenez moi au courant s'il vous plait » avec beaucoup d'incertitude ?

Le cerveau peut déjà se dire « et si cela ne marche pas ? s'il se plante ? car il n'a pas l'air sûr de lui... »

J'aurais aussi pu ne rien dire du tout, laissant alors une part de mystère et de flou, et j'aurais probablement permis à la personne de se dire « Je suis venue pour une douleur, il ne l'a pas prise en compte, il a travaillé le ventre simplement »

J'ai donc décidé d'avancer à chaque fois mes propos de la façon suivante, en vous épargnant les détails car cela était adapté à chacun.

« Vous aviez mal ici jusqu'à maintenant ? Très bien, on va pouvoir voir les améliorations sur table. Je prépare depuis 6 mois un mémoire, où j'ai eu la chance de voir de très belles améliorations durables chez les personnes. Nous allons donc procéder de la même façon afin que vous soyez libéré »

Ce qui est intéressant dans ce type de phrase, vous allez pouvoir remarquer l'emploi du passé (« vous aviez ») qui sous-entend donc que la douleur MAINTENANT n'est plus présente.

On le sait qu'elle existe encore nous, praticien, et consultant. Sauf que nous sommes déjà en train de construire un plan mental qui fait dire au cerveau que cela est déjà fini. En rajoutant « jusqu'à maintenant » on appuie encore plus ce que nous disons.

En conversationnelle, on appelle cela de la machine à phrase, cela amène le cerveau à saturer. Nous ne voulons pas perdre la personne, nous souhaitons juste qu'elle acquiesce à ce que nous avançons, pour qu'elle soit déjà dans une optique de changement.

Et cette transition, nous la faisons immédiatement après « de très belles améliorations durables... procéder de la même façon ...libéré »

Le cerveau acquiert à ce moment-là un nouveau système de fonctionnement, et est en accord avec ce que nous disons.

Difficile de dire non n'est-ce pas ? En 6ans, je n'ai eu aucune personne qui m'a dit « j'ai remarqué que vous avez dit « j'avais mal » or c'est faux j'ai encore mal aujourd'hui, maintenant » ». Et cela parce que nous construisons des phrases positives auxquelles inconsciemment la personne va répondre par des oui de manière consécutive.

Ce paramètre-là, dans ma théorie est important.

Il y a des variables que je peux « contrôler » telle que ma manière de m'exprimer, d'agir, l'analyse de mon bilan énergétique qui ne dépend que de ma perception.

Cependant, l'humain, en face de moi, est une variable que je ne peux contrôler totalement, et fort heureusement d'ailleurs, mais qui dans le résultat joue un rôle prépondérant.

Si l'on imagine qu'une personne attend son rdv depuis 1 mois déjà, mais que depuis 1 semaine, le climat au domicile est houleux, d'autant plus qu'il a été licencié, il va arriver quelque peu « fermé », pas spécialement dans l'écoute, dans une façon de penser négative,

et j'aurais beau créer des « brèches » afin de lui permettre de s'ouvrir, sa nature, sa façon d'agir vont prendre le dessus...

Que se serait-il passé s'il était venu 2 semaines plus tôt ?

A cela, on va aussi rajouter la variable du temps, dont nous dépendons, mais que l'on ne contrôle pas car tout peut changer en une fraction de seconde dans le cerveau humain.

Je trouvais cela important dans l'analyse de mes résultats, afin d'être le plus objectif possible.

J'ai exploré une des multiples pistes qui s'offraient à moi, en choisissant celle qui me semblait la plus enrichissante pour les deux parties, et celle dans laquelle j'allais me sentir totalement en phase.

Plus nous croyons en ce que nous faisons, plus nous allons amener l'autre à croire en notre pratique, et à croire en son changement. Car si une personne vient à nous, c'est qu'elle a une demande qui souhaite trouver une solution. Solution en laquelle elle aimerait bien croire possible, mais qui pour l'instant la bloque.

Elle avait une douleur... et maintenant ?