



# Une étude pilote : soins de support par auriculothérapie en oncologie

## *A pilot study: supportive care in cancer using auriculotherapy*

**Yves Rouxville<sup>1</sup>, Thuy Huyen Nguyen<sup>2</sup>, Joëlle Egreteau<sup>3</sup>, Sire Christian<sup>4</sup>**

1. Médecin retraité, enseignant d'auriculothérapie

2. IDE, DUPRAC

3. Médecin Oncologue au GHBS

4. Chef de service d'Oncologie au GHBS

*yves.rouxville@orange.fr*

### Résumé

En complément d'un traitement par chimiothérapie anticancéreuse, une petite série de malades a reçu des soins par auriculothérapie. Les points ont été détectés par la douleur ressentie à la pression digitale ; le traitement a consisté en la pose d'aiguilles.

Dans un nombre de cas, l'anxiété et les troubles du sommeil ont été rapidement améliorés. Dans quelques cas, un effet bénéfique a été ressenti sur la douleur générale. En termes de qualité de vie, l'auriculothérapie semble apporter un bénéfice à certains malades.

### Mots-clés

Auriculothérapie ; Chimiothérapie anticancéreuse ; Troubles du sommeil ; Anxiété ; Soins de support ; Pression interdigitale douloureuse

### Abstract

*As a complement to anti-cancer chemotherapy, a small group of patients received auriculotherapy care. The points were detected by the pain felt through digital pressure. The treatment consisted in setting needles.*

*In a number of cases, anxiety and sleeping problems were rapidly improved. In some cases a beneficial result was felt on overall pain level. In terms of quality of life, auriculotherapy seems to have a beneficial effect on some patients.*

### Keywords

Auriculotherapy; Anti-cancer chemotherapy; Sleep disturbances; Anxiety; Supportive care; Painful interdigital pressure

## Introduction

Au cours des six premiers mois de 2019, l'auriculothérapie [1] a été appliquée à une série de patients traités par chimiothérapie anticancéreuse intraveineuse dans le service d'Oncologie (hôpital de jour) du GHBS (Groupe Hospitalier de Bretagne Sud), pôle du Scorff, à Lorient.

Il s'agit d'une étude pilote (qui n'a pas été réalisée selon ces modalités). L'objectif était d'évaluer un soin de support chez des patients en situation de détresse psychologique tue, reconnue ou avouée. Pour cela, la pratique clinique habituelle de l'auriculothérapie a été personnalisée afin de ne traiter que les points reconnus par le patient, ce jour-là. Outre son aspect prospectif, cette étude a été proposée comme une thérapie complémentaire [2], avec pour but l'amélioration des pratiques.

Découverte au milieu du XX<sup>e</sup> siècle par un médecin lyonnais, le Dr Paul Nogier, l'auriculothérapie est une pratique peu répandue ; elle entre dans le cadre des réflexothérapies.



## Quelques publications antérieures

**Soins palliatifs au CHU de Nantes** : Au plan hospitalier, le Dr Yunsan Méas a relaté son expérience de l'Auriculothérapie dans les soins palliatifs [3].

**Aide à une malade cancéreuse en fin de vie** : Le Dr Dalila Trabelsi, médecin à Tunis, a rapporté son expérience lors du Colloque de Dijon de 2013 organisé par ICAMAR [4].

**Étude prospective au CHU de Sfax (Tunisie), menée en 2014, au CHU Hedi Chaker.** « Les premières constatations sont très encourageantes, vu l'amélioration nette mentionnée par les patients (amélioration de l'humeur, régression de la fatigue, reprise de l'élan vital...) » [5].

## Matériel et méthodes

Le Dr Egreteau recrute les patients et leur remet la fiche de consentement. Elle revoit les patients, note leur évolution et leurs impressions.

M<sup>me</sup> Nguyen examine et traite les malades, avec l'avis du Dr Rouxville ; elle effectue le recueil des fiches d'examen et de soins ; elle récolte et analyse les échelles HAD. Tout ceci entre parfaitement dans le cadre des soins dédiés.

Le Dr Rouxville assiste Mme Nguyen ; parfois, il réalise un contre-examen des patients. Ayant établi le protocole de l'étude, il dépouille les fiches d'examen et de soins. Il rédige le compte-rendu pour publications (interne à l'établissement et destinées à des revues à comité de lecture).

M<sup>me</sup> Scheirmann (cadre de Santé) harmonise et facilite les conditions matérielles de l'étude.

Chaque consultation se déroule de façon immuable :

- ▶ Recueil des doléances des patients (nature de la pathologie, questionnement sur les cinq items retenus en termes de qualité de vie), évaluation de la douleur : échelle EVA ;
- ▶ Friction des mains des soignants avec la solution hydro-alcoolique avant l'examen clinique de chaque patient ;
- ▶ Pression digitale appuyée entre le pouce et l'index du soignant (Fig. 1), effectuée sur les diverses parties du pavillon de l'oreille (lobule, antitragus, queue de l'hélix, pavillon, puis échancrure intertragienne). Les deux oreilles sont examinées de manière simultanée.
- ▶ Pression appuyée du mur de la conque et du sillon à l'avant du tragus, réalisée avec le bâtonnet de verre (Fig. 2) ;
- ▶ Chacune des zones douloureuses à la pression est contrôlée à l'aide du palpeur à pression taré à 250-300 g, afin d'en préciser le point le plus algique (Fig. 3) ;
- ▶ Désinfection adaptée au risque infectieux intermédiaire chez ces patients qui sont tous en état de déficience immunitaire (double désinfection à l'alcool à 70°, suivie à chaque fois de séchage pendant une minute) ;
- ▶ Piqûre de chaque point à l'aiguille d'acupuncture classique adaptée à l'auriculothérapie<sup>1</sup> laissée en place pendant 15 minutes. Les zones analysées étant toutes d'innervation orthosympathique, nous avons systématiquement piqué le point zéro (point-maître de la conque, laquelle est innervée par le nerf vague X), afin d'agir sur le frein vagal<sup>2</sup> ;
- ▶ A l'issue, les aiguilles sont déposées dans le container approprié ;
- ▶ Lors du second volet (mars à juin), l'impédance électrique des points douloureux à la pression a été contrôlée de façon instrumentale, par détection électrique différentielle, à l'aide du Prémio 20<sup>®</sup>. En cas de baisse d'impédance (B.I), une aiguille semi-permanente (ASP) pouvait être posée, pour une durée de 3 jours à 20 jours.

Tout ceci s'est fait au lit du malade (en chambre individuelle ou collective), avant ou pendant la perfusion, voire en soulevant un peu le casque réfrigérant.

1. Aiguille *Dong Bang*, de fabrication coréenne, 15 mm de long, 25/100 mm de section. Matériel vendu par Acushop (Irigny), fourni par l'association Auriculo. Sans Frontières. Il s'agit d'aiguilles stériles à usage unique aux normes CE certifiées TÜV SUD 0123.

2. Journée du 30 mars 2019 à Lyon. « Stimulation du Nerf Vague ».



De plus, lors des consultations ultérieures, l'échange débutait par un avis demandé concernant l'état de santé depuis la séance précédente.



**Figure 1**  
Pression interdigitale



**Figure 2**  
Palpeur à pression



**Figure 3**  
Cane de verre

## Les items analysés

- ▶ **L'échelle EVA**, chiffrée de 0 à 10, en début de chaque séance ;
- ▶ **L'échelle HAD** (Hospital Anxiety and Depression Scale) a été remise à l'inclusion et en fin d'étude. Dans l'échelle HAD, 14 questions sont posées, 7 évaluent le volet anxiété, 7 évaluent le volet dépression. Pour chacune, les réponses sont chiffrées (0 à 3). La dépression est supposée lorsque le chiffre est au-delà de 18 à 20. Pour nous, les échelles sont un repère qui matérialise l'importance de troubles délicats et difficiles à quantifier ; selon les personnes, la même situation est appréciée de manière plus ou moins optimiste ;
- ▶ Les avis concernant **cinq situations d'inconfort** intervenant **en termes de qualité de vie** : douleur-souffrance, angoisse-anxiété, troubles du sommeil, nausées-vomissements, fatigue-vitalité-lassitude.

## Résultats

### Généralités

- ▶ **24 patients** (21 femmes et 3 hommes) - **48 consultations** - 14 points traités par malade ;
- ▶ **530 zones ponctuelles traitées** dite points), dont 225 à l'oreille droite (42 %) et 257 à l'oreille gauche (48 %) ;
- ▶ Soit une moyenne de **onze aiguilles par consultation** (y compris les points zéro).

### Atteintes lésionnelles (1<sup>er</sup> volet)

- ▶ Sein gauche : 3 - Plus 1 avec récurrence, et 1 avec métastases - Total : 5 ;
- ▶ Sein droit : 3 - Plus 2 avec métastases, et 1 avec récurrence et métastases - Total : 6 ;
- ▶ (Sein droit + sein gauche : onze malades)
- ▶ Digestif : 1 péritoine - 1 côlon - 1 foie + vessie - Total : 3 malades.

### Atteintes lésionnelles (2<sup>e</sup> volet)

- ▶ Sein gauche : 2 - Plus 1 avec récurrence et métastases foie - Total : 3 ;
- ▶ Sein droit : 2.
- ▶ Digestif : 3 côlon, dont 1 méta pulmonaire, 1 récurrence foie rein - Total : 3 ;
- ▶ Autres : 1 cardia - 1 col utérus - 1 mélanome - 1 ovaire et péritoine - Total : 4.

## Répartition des 482 zones ponctuelles (points) détectées (Tableau 1) (Fig. 4)

Le lobule représente 262 points sur 482 (56 %) ressentis douloureux à la pression par les patients. Or, le lobule est la représentation admise des fonctions cérébrales !

**Tableau 1. Répartition des détections sur trois sites de l'auricule**

	Oreille droite	Oreille gauche	Total
Lobule	125	137	262 (56 %)
Shen Men	13	23 (les deux tiers)	36 (7 %)
Sous-antitragus	12	12	24 (5 %)
Sous-total	150 (67 % de 225)	172 (67 % de 257)	322 (67 % de 482)
Total	225 (47 % de 482)	257 (53 % de 482)	482

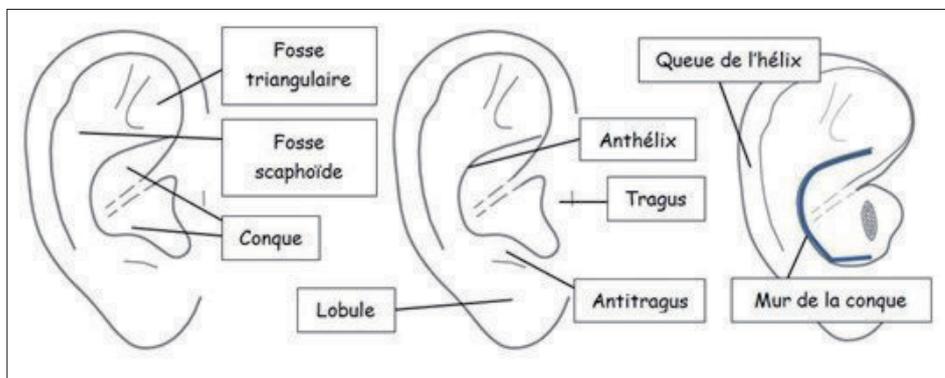
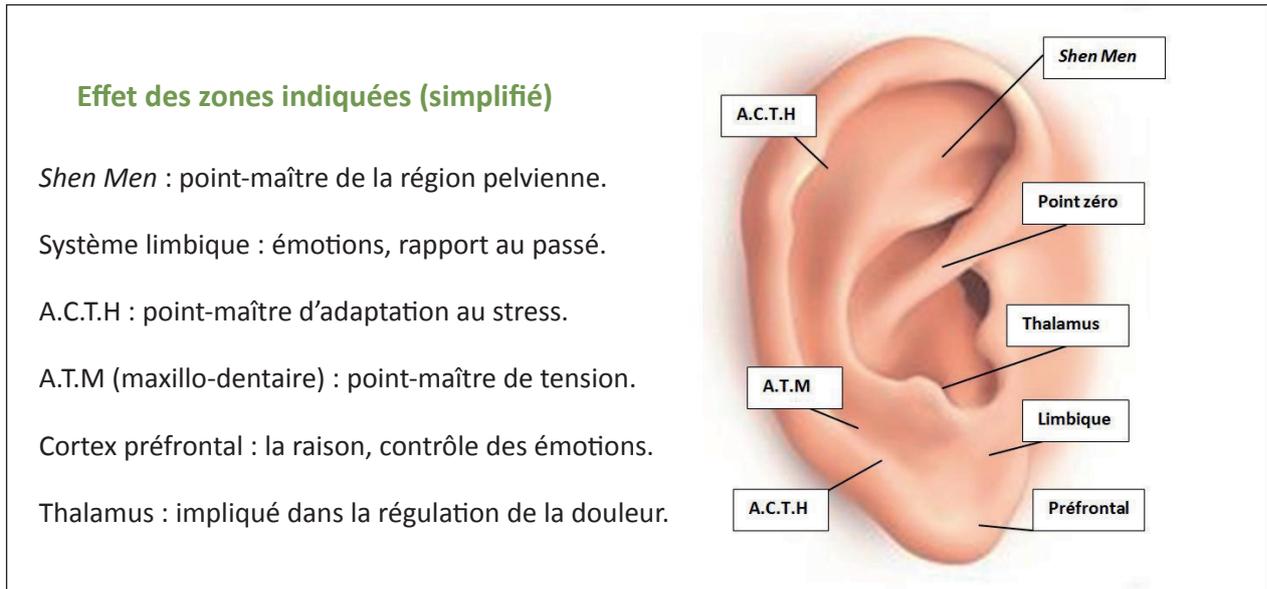


Figure 4  
Anatomie de surface de l'auricule

## Zones ponctuelles les plus souvent retrouvées (Tableau 2), (Fig. 5)

**Tableau 2. Les 14 zones ponctuelles les plus fréquentes**

	Oreille droite	Oreille gauche	Total
Shen Men	13	23 (64 %)	36
Système limbique	13	19 (59 %)	32
ACTH lobule « deuil »	12	19 (61 %)	31
ATM (maxillo-dentaire)	13	15	28
ACTH fosse scaphoïde	11	16 (59 %)	27
Cortex préfrontal	12	15 (56 %)	27
Sous-antitragus (thalamus)	12	12	24
Hypothalamus lobule	11	11	22
Point Maître Sensoriel	11	11	22
Cortex pariétal	9	7	16
Mur de la conque	7	9	16
Point de décussation	6	7	13
Tragus	7	5	12
Cortex frontal	5	4	9
Total	225	257	482



**Figure 5**  
Zones ponctuelles les plus fréquemment détectées

Sur les sept zones comptabilisées à plus de 5 % chacune, on retrouve :

- ▶ **Prédominance à l'oreille gauche** pour *Shen Men*, système limbique et cortex préfrontal, ainsi que pour deux points de régulation de l'adaptation au stress dits ACTH (pavillon et lobule);
- ▶ **Prédominance à d'oreille droite** (ou **pas de latéralité** notée) pour ce qui relève du rachis, de l'appareil locomoteur, pour le sous antitragus (thalamus), la racine de l'hélix, le tragus et le mur de la conque.

Or, il est admis par la majorité de ceux qui se situent dans l'esprit de Paul Nogier que les fonctions du cortex cérébral droit (plutôt symbolique, à dominante parasympathique, dit « dominé ») sont en correspondance avec le lobule gauche, et que les fonctions du cortex cérébral gauche (logique, à dominante orthosympathique, dit « dominant ») correspondent surtout au lobule droit !

Les points reconnus comme douloureux à la pression interdigitale par les patients ont été trouvés par la clinique, sans idée préconçue, sans intervention volontaire du soignant ; ce qui donne une valeur plus forte qu'à une recherche prétendue scientifique, menée selon les concepts de l'enseignant !

## Troubles du sommeil

Sur les 22 patients inclus, 19 ont indiqué au départ qu'ils présentaient des troubles du sommeil, dont 6 avec des troubles de l'endormissement, et 7 avec des réveils nocturnes.

### Résultats au bout d'une à deux séances d'auriculothérapie

19 patients présentant des troubles du sommeil ; 18 revus, dont 14 cas d'améliorations rapportés.

- ▶ **Troubles de l'endormissement** : sur 6 cas, 6 améliorations plus ou moins importantes ;
- ▶ **Réveils** : sur 7 cas, 4 améliorations ;
- ▶ **Troubles du sommeil non précisés** : sur 6 cas, 4 améliorations.

En résumé, **sur 19 patients présentant des troubles du sommeil, 14 cas d'améliorations rapportés.**

Voici quelques appréciations reprises depuis les feuilles de soins :

- ▶ Malade 4 : signale « se réveiller plus tard, fait des nuits de 9 h » ;
- ▶ Malade 11 : dit « Sommeil mieux en 48 h » ;
- ▶ Malade 9 : « N'a plus de troubles du sommeil, endormissement O.K ; récupère ; dort 9 h par nuit ; n'est pas anxieuse ; vit mieux sa maladie » ;
- ▶ Malade 16 : « N'a plus de traitement pour le sommeil, endormissement OK, récupère, dort 9 h par nuit, n'a pas d'anxiété, vit mieux sa maladie » ;



- ▶ Malade 18 : « Sommeil OK pendant 5 jours y compris les 2 jours suivant la chimio, anxiété maîtrisée », puis « Récupère plus, pas d'angoisse avant le scanner, n'a plus de nausées sauf le jour de la chimio (avant, c'était pendant plusieurs jours), moins de nausées et de fatigue » ;
- ▶ Malade 20 : « Cauchemars, angoisses liés au cadre professionnel, trouble d'endormissement fatigue générale, sous ½ Alprazolam (Xanax) », puis « un sommeil de bébé, un vrai bonheur, trois nuits correctes après la séance puis revient à l'état initial », puis « dort mieux, moins d'angoisses nocturnes, arrêt du Xanax depuis 15 jours ».

## Anxiété : synthèse des échelles HAD

Les échelles HAD permettent d'évaluer le niveau d'anxiété et de dépression. Elles ont été remises à tous les malades, à leur inclusion. Seule une partie a été récupérée lors du premier volet ; onze échelles HAD ont été récupérées en fin d'études. La grande majorité indique un registre d'anxiété, et une petite minorité un registre dépression. L'évolution des valeurs est de :

- ▶ Moins 5 points : une fois ; Moins 4 points : une fois ; Moins 3 points : deux fois ;
- ▶ Moins 2 points : une fois ; Moins 1 point : deux fois ; Plus 1 point : une fois ;
- ▶ Plus 4 points : une fois ; Plus 5 points : une fois ; Plus 8 points : une fois.

Soit cinq fois mieux et trois fois moins bien.

Ces résultats sont intéressants, mais ils demandent à être placés dans leur contexte. Lorsque l'échelle HAD initiale ou finale est contemporaine d'une situation familiale difficile, ou si elle précède un fait important (une intervention chirurgicale proche), on comprend aisément la traduction par un regain d'anxiété. En fait, la grande majorité des patients correspond au registre anxiété, pas à dépression.

Nous avons fait un constat plus intéressant, puisque portant sur une durée supérieure, chez quatre malades suivis de janvier à juin 2019, sur la durée des deux volets de l'étude :

- Numéro A : Initial = 28 ; Intermédiaire = 10 ; Final = 7. Soit au total : - **21**.
- Numéro B : Initial = 28 ; Intermédiaire = 7 ; Final = 12. Soit au total : - **16**.
- Numéro C : Initial = 21 ; intermédiaire = 13 ; Final = 17. Soit au total : - **4**.
- Numéro D : Initial = 13 ; Intermédiaire = 15 ; Final = 14. Soit au total : + **1**.

## Fatigue, lassitude, vitalité

La malade 7 déclare qu'elle « se sent plus reposée, fatigue : mieux ».

## Nausées, vomissements

La malade 10 se plaignait de nausées et vomissements +++ ; revue : « *nausées sans vomissements* ».

## Effet collatéral imprévu

« **Impatiences des membres inférieurs depuis l'enfance, inconfort estimé à 8/10**, répercussions sur l'endormissement » ; puis « Endormissement inchangé, soulagée par fortes pressions sur les oreilles » ; puis « Tousse sous immunothérapie, **a moins d'impatiences dans les jambes** (gêne estimée à 4/10 pour 8/10 avant), sommeil mieux sans médicaments, n'a plus d'angoisses légitimes ».

## Autres impacts

Douleur et souffrance, angoisse et anxiété, qualité du sommeil, fatigue et vitalité ont des impacts les uns sur les autres. Logiquement, un **effet de chaîne** est prévisible, agissant indirectement sur d'autres aspects de la qualité de vie.

## Concernant les mesures électriques d'impédance des points

*Points en baisse d'impédance*



**Sur 253 points contrôlés, 70 l'ont été en baisse d'impédance (28 %)**, et 183 non B.I. Curieusement : 24 points B.I sur 111 à droite (22 %), pour 46 points B.I sur 142 (32 %) à gauche !

**Le point zéro** n'a été contrôlé systématiquement ; cependant nous avons relevé :

- ▶ 5 fois en Baisse d'impédance, et 4 fois en Hausse d'impédance, à droite ;
- ▶ 1 fois en Baisse d'impédance, et 0 fois en Hausse d'impédance, à gauche ;
- ▶ 2 fois Non significatif à gauche.

La séance d'auriculothérapie était réalisée au lit des malades, surajoutée aux soins de perfusions thérapeutiques en hôpital de jour. Notre temps de soins était d'une durée limitée. Cependant, nous avons pu réaliser des **mesures exhaustives chez trois malades** :

- Total des points : 49 points (16 à droite, 18 à gauche), dont :
- ▶ Baisse d'impédance : 13 points (7 à droite, 6 à gauche), soit 27 %,
  - ▶ Hausse d'impédance : 20 points (11 à droite, 9 à gauche), soit 41 %,
  - ▶ Non significatifs : 16 points (2 à droite, 6 à gauche), soit 33 %.<sup>3</sup>

## Discussion

### Concernant les aiguilles (Dong Bang 15 mm x 0,25)

Le nombre de points détectés dépend de l'état clinique du malade ce jour-là. Cet aspect de la pratique clinique est à prendre en considération pour permettre au soin dédié d'être le moins inconfortable. La charge émotionnelle présente sur la plupart des patients a un impact sur le déroulement des soins. Les faits démontrent que la séance peut être tout aussi bénéfique si l'on ne pique pas tous les points détectés. Nous avons choisi de nommer cela « *la puncture juste* », avec « *un nombre juste d'aiguilles* », et ceci pour être au plus près à la fois des besoins du patient et de ce qu'il peut tolérer dans ce moment.

### Concernant les aiguilles semi permanentes (A.S.P)

- ▶ Huit malades ont bien supporté, voire ont réclamé les ASP ;
- ▶ Trois malades n'ont pas souhaité poursuivre avec les ASP ;
- ▶ Un malade n'a pas supporté (l'appui sur ASP gêne le sommeil) ;
- ▶ Un malade indique que s'il est embêté par ASP, il la retire au bout de deux jours ;
- ▶ Un malade indique que les ASP majorent les réactions cutanées du visage et des oreilles après perfusions.

### Concernant le pourcentage de points en baisse d'impédance

- ▶ Sur 253 points contrôlés, 70 l'ont été en baisse d'impédance (28 %), et 183 non B.I. Ce taux est beaucoup plus faible que dans la pratique généraliste courante ;
- ▶ A titre de comparaison, Yves Rouxville a méthodiquement contrôlé l'impédance de 5 800 points détectés avec l'assistance du poulx de janvier 2008 à avril 2015 [7]. Tous tests confondus, le pourcentage des points en baisse d'impédance (B.I) oscille entre 64 et 66 % ; le pourcentage des points contrôlés en hausse d'impédance est de 22 à 24 %.

### Concernant l'hypothèse d'explication des mesures électriques

- **Baisse d'impédance** : L'électrode centrale indique une baisse d'impédance (résistance électrique complexe) du point par rapport à son environnement. Tout se passe comme si ce point était le signe d'une alerte, d'une réaction orthosympathique  $\Sigma$  avec vasoconstriction locale de type Alpha 1 ( $\alpha 1$ ).
- « **Hausse d'impédance** » : L'électrode périphérique indique une baisse d'impédance par rapport à l'électrode centrale. Tout se passe comme si ce point était le signe d'une défense du corps, d'une vasodilatation locale (relative par rapport à la vasoconstriction), pouvant être une réaction orthosympathique  $\Sigma$  décalée de type Bêta 2 ( $\beta 2$ ), ou bien une réaction mixte, tempérée par le parasymphatique p  $\Sigma$ .

3. Chiffres traduits en pourcentages, pour le confort des lecteurs.



## La signification des points douloureux à la pression interdigitale

Tout se passe comme si les points détectés par la pression douloureuse étaient le reflet d'une stratégie d'adaptation du corps aux contraintes de la vie, au stress.

## L'aspect clinique synthétique de la recherche des points

La pratique basique de l'Auriculothérapie comporte un examen clinique symptomatique. Le développement, l'auriculothérapie assistée du pouls, examen clinique plus subtil, est analytique. Lors de cette étude pilote, nous avons fait sur les pavillons des deux oreilles (sauf la conque) la recherche clinique des points anormaux ressentis par le malade, et non suspectés par le praticien.

Ces points se modifient au fil du temps, de l'évolution de la maladie, de l'effet de traitements, ce qui montre qu'ils sont bien en accord avec la vie, et non l'expression d'un a priori rigoriste. La clinique permet de personnaliser les soins en fonction de la physiopathologie, ce qui nous semble préférable à l'a priori d'un formateur ou à des protocoles systématiques.

## Le report des soins sur papier est perfectible

Si nous devons réaliser une nouvelle étude, nous choisirions le Sectogramme de Romoli [8, 9] comme schéma de report. Romoli a évalué en 2003 le Sectogramme auprès de 152 collègues en cours d'apprentissage : les erreurs de transcription furent de 19 (12,5 %), surtout pour l'anéthélix, fort peu pour le lobule. Romoli a fait une évaluation de son Sectogramme de 2004 à 2007. En 2010, les 152 sont devenus 385 médecins en formation à l'auriculothérapie. L'usage du Sectogramme permet une très bonne précision de transcription correcte des points ( $P < 0,001$ ).

## Conclusion

La pratique clinique et les multiples situations singulières rencontrées au cours de ce travail nous ont enseigné l'importance de repenser notre approche en auriculothérapie. En effet, à chaque rencontre, le contexte de soin est à reconsidérer, et cela même chez le même patient (diagnostic récent avec première séance de chimiothérapie, annonce récente de mauvaises nouvelles, ou encore contexte de soins palliatifs...).

La recherche de ces points dits *de tension* intègre l'idée que ces personnes endurent l'épreuve de leur maladie au cours de laquelle leur capacité d'adaptation est sans cesse remise à contribution. La physiopathologie qui permet de tenter de comprendre la clinique, est pour nous une valeur plus juste et plus humaine que l'application de recettes, que l'a priori scientifique ou que l'avis d'autorité.

Autre aspect, la douleur induite par les soins en milieu hospitalier n'étant pas négligeable, nous retiendrons que la stimulation à l'aiguille de points douloureux peut être un frein chez certaines personnes dans leur choix de bénéficier ou de poursuivre ce type de soin. Pour autant, nous avons pu observer que la plupart des patients que nous avons traités ont pu ressentir un réel bénéfice, ce qui nous conforte dans l'idée d'aller plus loin dans ce travail.

Selon Hippocrate, les maladies les plus graves « se soignent par le couteau, le poison ou le feu ». Pour faire simple au XXI<sup>e</sup> siècle, nous traduirons ce principe par « la chirurgie, la chimiothérapie et/ou la radiothérapie ».

La preuve est faite qu'une infirmière consciencieuse peut parfaitement, au terme d'une formation de six journées complètes, effectuer un traitement par auriculothérapie dans les cas courants.

L'auriculothérapie est reconnue pour un effet antalgique et pour un effet sur l'anxiété. Notre objectif reste donc limité à favoriser la qualité de vie des personnes que nous sommes amenés à soigner.

Notre souhait est la réalisation d'une étude avec bras témoin, avec le soutien de l'unité de Recherche Clinique du GHBS.



## Références

1. Groupe de travail de la commission XV, Académie de Médecine, Thérapies complémentaires — acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi — leur place parmi les ressources de soins. Bull. Acad. Natle Méd 2013;197[ 3]:717-757. Séance du 5 mars 2013.
2. Gueguen J, Barry C, Seegers V, Falissard B, avec l'expertise critique de Cariou A et Aubin H-J. Rapport de l'INSERM Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'auriculothérapie. 2014. Consultable et téléchargeable sur <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/rapports-publies>
3. Méas Y. Soins palliatifs - Thérapies complémentaires et auriculothérapie. Dans : Rouxville Y et Méas Y. Panorama de l'auriculothérapie et de l'auriculomédecine. Springer-Verlag France, Paris, 2011, p.363-375
4. Trabelsi-Zeghal D, Rouxville Y et Magnin P. Aide à une malade cancéreuse en phase pré-terminale. Actes du Colloque d'ICAMAR à Dijon, 2013 [www.icamar.org](http://www.icamar.org)
5. Hammami B, Aloulou J et Rouxville Y. Apport de l'auriculothérapie dans la prise en charge de l'anxiété chez les patients ayant un cancer du poumon. Étude prospective au CHU de Sfax. Actes du Colloque d'ICAMAR à Barcelone, 2015 [www.icamar.org](http://www.icamar.org)
6. Rouxville Y. Les clés de l'auriculothérapie. Clinique et pratique. Satas, Bruxelles, 2016.
7. Rouxville Y. Détection électrique différentielle du point d'oreille. Nouveautés, signification, standard. Actes du VII<sup>e</sup> Symposium International d'Auriculothérapie 2012, p. 215-223
8. Romoli M. Agopuntura Auricolare. Utet, Torino, 2003 (*en Italien*)
9. Romoli M. Auricular Acupuncture Diagnosis. Churchill Livingstone, Elsevier, Edinburgh, 2010 (*en anglais*)
10. Rouxville Y. Sur le repérage à l'oreille. Acupuncture & Moxibustion 2012;11[1]:30-35.

**Lien d'intérêt : aucun**