

COMMENTAIRES AU RAPPORT

"EVALUATION DE L'EFFICACITE ET DE LA SECURITE DE L'ACUPUNCTURE"

DR Johan NGUYEN¹ et Olivier GORET²

1. SUR LA LIMITATION DE LA LITTERATURE AUX SEULES REVUES DE LA COCHRANE COLLABORATION.

Vous choisissez de limiter le champ de la littérature disponible aux seules données de la Cochrane Collaboration en présupposant que ces données sont un résumé "*informatif, rigoureux et régulièrement actualisé*" [page 39].

De notre point de vue, l'évaluation de l'efficacité de l'acupuncture, comme pour toutes les thérapeutiques, se doit :

- de reposer sur l'ensemble des données disponibles [442 essais contrôlés randomisés inclus dans les revues de la Cochrane Collaboration [page 68] contre 2368 ECR indexés dans la base de données Medline, et 5950 ECR dans la base de données Acudoc2 [page 27]] ;
- de porter sur l'ensemble des indications documentées et non sur les seules indications analysées par les revues de la Cochrane Collaboration (43 pathologies contre 106 répertoriées par l'OMS en 2003³ comme étant documentées par des ECR) ;
- d'inclure l'ensemble des revues synthétiques récentes disponibles et non les seules revues de la Cochrane Collaboration (43 contre près de 500 indexées dans la base de données Medline [page 40] dont plus de 300 les cinq dernières années) ;
- de procéder par une étude comparative et critique de ces revues.

La plus grande partie de la littérature ne peut être exclue a priori sur un simple argument d'autorité attribué à la Cochrane Collaboration, la qualité des informations et la fiabilité des conclusions ne s'établissant que secondairement dans le cadre d'une discussion critique. Nous relevons d'ailleurs une certaine contradiction :

¹ Centre de Documentation du Groupe d'Etudes et de Recherches en Acupuncture (CD GERA).

² Collège Français d'Acupuncture & Médecine Traditionnelle Chinoise (CFA-MTC).

³ ACUPUNCTURE: REVIEW AND ANALYSIS OF REPORTS ON CONTROLLED CLINICAL TRIALS. GENEVA: WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2003.

- à mettre en avant la rigueur méthodologique des revues de la Cochrane Collaboration [page 39 et ensuite à souligner le problème posé dans un certain nombre de ces revues par l'inclusion d'essais à randomisation inappropriée [page 45, page 70] ;
- à mettre en avant "*l'exhaustivité de langue*", l'emploi de "*méthodes exhaustives pour collecter toutes les sources de données pertinentes*" des revues de la Cochrane Collaboration [page 39] et à souligner ensuite que l'inclusion des essais coréens est variable [page 106] ou encore "*que la majorité des essais incluent les essais en langue chinoise*" [page 39] c'est-à-dire inversement qu'une partie des revues n'incluent pas les essais chinois (c'est particulièrement notable pour les revues dont l'actualisation est antérieure à 2008).

En limitant l'état de l'évaluation de l'acupuncture aux conclusions d'une seule source incomplète, par ailleurs très hétérogène dans ses contenus et dans son actualisation, il y a un fort risque de biais dans l'interprétation des données.

2. SUR VOTRE ANALYSE

Vous relevez le "*contraste saisissant entre le nombre d'essais cliniques et le peu de conditions pour lesquelles il a été obtenu un niveau de preuve permettant des recommandations*" [page 114], "*qu'il est difficile d'être au clair en ce qui concerne l'efficacité de cette thérapeutique*" [page 140], que "*plus des 3/4 des revues de la Cochrane sont non concluantes*" [votre sous-titre page 69] ou encore que les "*résultats [des revues systématiques] sont loin d'être uniformes*" [page 93]. De notre côté, nous mettons en avant les points suivants :

a) Dans l'évaluation d'une thérapeutique, l'élément à considérer nous semble d'abord être **le noyau des indications validées** plus que le champ des indications potentielles. Ce qui est à souligner sur la seule analyse des revues de la Cochrane Collaboration n'est pas que les trois quarts des revues soient non concluantes, mais bien **qu'un quart soient concluantes** :

- Le fait clinique majeur de ces quinze dernières années dans le champ de l'acupuncture est la publication de revues systématiques positives dans un ensemble significatif d'indications (sur votre analyse : migraine, céphalée de tension, lombalgie, arthrose, douleur durant l'accouchement, cervicalgies, dysménorrhée, nausées et vomissements postopératoires [pages 71-72]).

- Les données dans ces indications apparaissent d'autant plus solides qu'elles sont corroborées par d'autres revues réalisées par d'autres équipes. Il s'agit donc de **conclusions concordantes issues de sources différentes** comprenant la Cochrane Collaboration (c'était le sens de notre liste).
- Ces résultats sont d'autant plus notables qu'ils ont émergé relativement rapidement ces dernières années alors que l'acupuncture est l'objet d'une controverse très ancienne mettant en avant l'absence de la moindre donnée probante sur son efficacité.

b) Le "*contraste saisissant entre le nombre d'essais cliniques et le peu de conditions pour lesquelles il a été obtenu un niveau de preuve permettant des recommandations*" est un constat des plus fréquent en médecine et particulièrement pour les thérapeutiques non-médicamenteuses. En dépit d'un nombre considérable d'essais cliniques publiés, la grande majorité des soins mis en œuvre au quotidien dans le champ "conventionnel" relève plus du consensus professionnel que d'un niveau de preuve équivalent à celui demandé à l'acupuncture pour des recommandations.

c) Il n'y a pas lieu de penser que l'évaluation de l'acupuncture devrait être homogène dans l'ensemble de son champ d'application potentiel. Ceci n'est établi pour aucune thérapeutique à champ d'application étendu où coexistent des indications démontrées, des indications par extension et des indications par simple consensus professionnel.

d) Vous relevez que 33 revues de la Cochrane Collaboration sont non concluantes. Six revues de la Cochrane Collaboration sont des revues "*vides*" (sans essai identifié) et sept autres n'incluent que un à deux essais. Compte-tenu du nombre d'ECR existants (2368 ECR indexés dans la seule base de données Medline [page 26]) et si la recherche documentaire a été appropriée, cela signifie que **ces indications sont très marginales ou ne concernent pas l'acupuncture**. Un quart des revues de la Cochrane Collaboration porte sur des indications ne figurant pas parmi les 106 répertoriées par l'OMS en 2003¹. Il y a un paradoxe à rapporter des revues "*vides*" et à exclure de l'analyse les centaines de revues synthétiques publiées dans le reste de la littérature scientifique.

e) La formulation des conclusions dans les revues de la Cochrane Collaboration repose sur une appréciation subjective des données et variable en fonction des domaines considérés. Des données quantitativement et qualitativement similaires pourront ainsi être formulées négativement *en absence de preuve* ou *preuves insuffisantes* pour l'acupuncture mais positivement comme *preuve limitée* voire

¹ ACUPUNCTURE: REVIEW AND ANALYSIS OF REPORTS ON CONTROLLED CLINICAL TRIALS. GENEVA: WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2003.

plus pour d'autres thérapeutiques. L'exemple rapporté ci-dessous à propos des ultrasons dans l'arthrose de hanche et de genou est caractéristique de l'évaluation des thérapeutiques non-médicamenteuses dans le champ "conventionnel" par la Cochrane Collaboration. Des données quantitativement limitées (5 petits essais pour 341 patients inclus), de faible qualité méthodologique et à forte hétérogénéité amènent à conclure que les ultrasons *"peuvent être bénéfiques pour les patients avec gonarthrose"*, la restriction ne portant pas sur le bénéfice lui-même mais sur son amplitude. Aucune discussion sur l'effet spécifique des ultrasons n'apparaît. Il est conclu *"que les ultrasons thérapeutiques sont largement utilisés pour leur bénéfices potentiels sur la douleur et la fonction du genou qui peuvent être cliniquement pertinents"*.

Therapeutic ultrasound for osteoarthritis of the knee or hip .

Anne WS Rutjes ,
Eveline Nuesch ,
Rebekka Sterchi and
Peter Jüni.
*Cochrane Database of
Systematic Review.*
January 2010

Main results

Compared to the previous version of the review, four additional trials were identified resulting in the **inclusion of five small sized trials in a total of 341 patients^(*)** with knee OA. No trial included patients with hip OA. Two evaluated pulsed ultrasound, two continuous and one evaluated both pulsed and continuous ultrasound as the active treatment. **The methodological quality and the quality of reporting was poor and a high degree of heterogeneity^(*)** among the trials was revealed for function (88%). For pain, there was an effect in favour of ultrasound therapy, which corresponded to a difference in pain scores between ultrasound and control of -1.2 cm on a 10-cm VAS (95% CI -1.9 to -0.6 cm). For function, we found a trend in favour of ultrasound, which corresponded to a difference in function scores of -1.3 units on a standardised WOMAC disability scale ranging from 0 to 10 (95% CI -3.0 to 0.3). Safety was evaluated in two trials including up to 136 patients; no adverse event, serious adverse event or withdrawals due to adverse events occurred in either trial.

Authors' conclusion

In contrast to the previous version of this review, our results suggest that therapeutic ultrasound may be beneficial for patients with osteoarthritis of the knee. Because of the low quality of the evidence, we are uncertain about the magnitude of the effects on pain relief and function, however. Therapeutic ultrasound is widely used for its potential benefits on both knee pain and function, which may be clinically relevant^(*). Appropriately designed trials of adequate power are therefore warranted.

(*) souligné par nous

Alors que pour des recommandations il est demandé à l'acupuncture non seulement des données solides mais également de faire la preuve d'un effet spécifique, les disciplines médicales dans le champ "conventionnel" tendent à valider leurs thérapeutiques par consensus professionnel sur la base de simples présupposés de bénéfices potentiels. Cette discordance dans la formulation des conclusions apparaît liée au pilotage des revues au sein de la Cochrane Collaboration par différents groupes fonction des domaines : l'acupuncture est analysée par le *Cochrane Complementary and Alternative Medicine Group* alors que, par exemple, les thérapeutiques rhumatologiques le sont par le *Cochrane Musculoskeletal Group*. Ces groupes utilisent une hiérarchie des preuves différente¹. Il est ainsi induit une inégalité dans le niveau demandé à l'acupuncture par rapport à d'autres thérapeutiques, cette inégalité étant directement liée au statut des "médecines alternatives et complémentaires" auxquelles l'acupuncture est rattachée, notamment dans le monde anglo-saxon.

¹ Par exemple sur le niveau de preuve du Cochrane Musculoskeletal Group :

<http://musculoskeletal.cochrane.org/sites/musculoskeletal.test.cochrane.org/files/uploads/CMMSG%20grading%20system.pdf>.

Nous nous interrogeons sur le présupposé selon lequel la Cochrane Collaboration se dégagerait *"de conflit d'intérêt qui auraient le potentiel de déformer ou d'amplifier les résultats"* [page 39]. Toutes les thérapeutiques, médicamenteuses ou non, sont l'objet d'enjeux multiples, collectifs ou individuels, et il est illusoire de penser que ces enjeux ne s'expriment pas, d'une façon ou d'une autre, au sein de la Cochrane Collaboration comme ailleurs. En fonction des domaines, ces enjeux sont susceptibles d'entraîner une amplification mais tout aussi bien une minimisation des résultats. C'est la raison pour laquelle l'ensemble des données doivent être croisées et mises en perspective.

3. SUR LA SPECIFICITE DE L'ACUPUNCTURE

Vous observez que *"l'effet de l'acupuncture « réelle » par rapport à des interventions factices a rarement été montré"* [page 72], qu' *"il est impossible de dire aujourd'hui si l'acupuncture, **quelle que soit l'indication**¹, est plus efficace quand elle est réalisée « dans les règles de l'art », ou quand elle est réalisée dans des zones de piqûre aléatoires, voire en simulant purement et simplement les piqûres"* [page 140]. De notre côté, nous mettons en avant de les points suivants :

a) Le fait clinique qui nous paraît à relever n'est pas l'absence de démonstration d'une efficacité spécifique dans l'ensemble des indications, mais bien que **l'acupuncture a démontré un effet spécifique dans certaines indications**. Sur les seules données des revues de la Cochrane Collaboration un effet spécifique versus acupuncture simulée est observé dans :

- la prévention des nausées et des vomissements postopératoires (Lee 2009, 27 ECR, 2962 patients, [page 161]) ;
- l'arthrose des articulations périphériques (Manheimer 2010, 9 ECR, 1835 patients, [page 152]) ;
- les céphalées de tension (Linde 2009, 6 ECR, 830 patients, [page 143]) ;
- les lombalgies (Furlan 2005, 6 ECR, 496 patients, [page 147]) ;
- les cervicalgies (Trinh 2006, 2 ECR, 114 patients, [page 146]).

Ces données apparaissent d'autant plus solides qu'elles sont confirmées : par des revues issues d'autres sources sur les céphalées de tension (Davis² 2008, 8 ECR 896 patients), les céphalées chroniques (Sun³ 2008, 18 ECR, 1936 patients) ;

¹ Souligné par nous.

² DAVIS MA, KONONOWECH RW, ROLIN SA, SPIERINGS EL. ACUPUNCTURE FOR TENSION-TYPE HEADACHE: A META-ANALYSIS OF RANDOMIZED, CONTROLLED TRIALS. J PAIN. 2008;9(8):667-77.

- l'arthrose (Kwon¹ 2006, 18 ECR, 1891 patients) et gonarthrose (Cao² 2012, 9 ECR, 2391 patients) ; les cervicalgies (Fu³ 2009, 11 ECR, 621 patients) ; les lombalgies (Manheimer⁴ 2005 136186 8 ECR, 543 patients) ;
- par les métaanalyses de Vickers⁵ 2012 (Archives of Internal Medicine) n'incluant que les seuls essais de haute qualité sur l'arthrose (5 ECR, 809 patients), les céphalées chroniques (4 ECR, 1414 patients), les douleurs musculo-squelettiques (8 ECR, 1417 patients), l'épaule douloureuse (3 ECR, 564 patients).

b) La mise en évidence d'un phénomène dans des situations particulières mais non dans toutes doit amener à analyser ses conditions d'apparition. Si une efficacité spécifique de l'acupuncture est observée dans un ensemble significatif d'études de qualité cela doit conduire à déterminer les conditions cliniques et expérimentales de son observation, non à inférer que n'ayant pas été constatée systématiquement en toutes circonstances son existence est douteuse.

La mise en évidence d'un effet spécifique dépend de deux facteurs : l'amplitude de cet effet dans le groupe expérimental (acupuncture vraie) et le caractère effectivement inerte du placebo dans le groupe contrôle (fausse acupuncture). Ces deux facteurs sont problématiques dans les essais cliniques en acupuncture :

- Sur l'acupuncture vraie il est observé de grandes variations de pratique (comme souvent en médecine). Toutes les pratiques mises en œuvre (choix des points, techniques de puncture, techniques de stimulation, durée, rythme et nombre des séances) ne sont pas équivalentes dans une pathologie donnée comme le montrent les études expérimentales animales ou humaines ou encore les essais cliniques comparant deux techniques d'acupuncture. C'est-à-dire que l'acupuncture est un ensemble hétérogène de techniques d'efficacité variable en cours d'exploration.

¹ KWON YD, PITTLER MH, ERNST E. ACUPUNCTURE FOR PERIPHERAL JOINT OSTEOARTHRITIS : A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. RHEUMATOLOGY (OXFORD).2006;45(11) :1331-7.

² CAO L, ZHANG XL, GAO YS, JIANG Y. NEEDLE ACUPUNCTURE FOR OSTEOARTHRITIS OF THE KNEE. A SYSTEMATIC REVIEW AND UPDATED META-ANALYSIS. SAUDI MED J. 2012;33(5):526-32.

³ FU LM ET AL. RANDOMISED CONTROLLED TRIALS OF ACUPUNCTURE FOR NECK PAIN: SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. THE JOURNAL OF ALTERNATIVE AND COMPLEMENTARY MEDICINE. 2009;15(2):133-145.

⁴ MANHEIMER E, WHITE A, BERMAN B ET AL. MÉTA-ANALYSIS: ACUPUNCTURE FOR LOW BACK PAIN. ANN INTERN MED 2005;142:651-63.

⁵ VICKERS AJ, CRONIN AM, MASCHINO AC, LEWIS G, MACPHERSON H, FOSTER NE, SHERMAN KJ, WITT CM, LINDE K CHRONIC PAIN: INDIVIDUAL PATIENT DATA META-ANALYSIS. ARCH INTERN MED. 2012;10:1-10.

- Sur la fausse acupuncture, toutes les procédures utilisées dans les essais cliniques ne peuvent être considérées comme inertes telles par exemple la puncture de non-points ou la puncture superficielle. Le comparateur n'est plus alors un véritable placebo mais une procédure plus ou moins active, ce qui tend à minimiser un effet spécifique.

Compte-tenu de l'inclusion dans les méta-analyses d'essais très hétérogènes tant dans les protocoles d'acupuncture vraie (plus ou moins efficaces) que dans les procédures de fausse acupuncture (plus ou moins actives), la détection d'un effet spécifique ne peut s'effectuer que dans les domaines où un consensus réduit les variations de pratique et où l'on dispose de données quantitativement et qualitativement suffisantes. Sur les seules données de la Cochrane Collaboration, l'efficacité spécifique de l'acupuncture est effectivement observée versus fausse acupuncture :

- dans la prévention des nausées et vomissements postopératoires où un consensus est établi principalement sur le point *neiguan* (6MC),
- dans les affections douloureuses (céphalées de tension, lombalgies, cervicalgies, gonarthrose) où l'utilisation de points d'acupuncture locaux bien déterminés est prééminente.

c) Le questionnement sur un effet spécifique est tout à fait légitime, mais il doit être clairement distingué de celui d'une efficacité thérapeutique. Les deux sont liés mais relèvent de problématiques de natures différentes.

L'efficacité thérapeutique est déterminée par des essais cliniques de type pragmatique acupuncture versus absence de traitement ou versus autre traitement.

L'effet spécifique, lui, est étudié par les essais cliniques de type explicatif acupuncture versus placebo (fausse acupuncture). Mais ces types d'essais tendent alors à évaluer et interpréter l'acupuncture comme une thérapeutique médicamenteuse et cette transposition à l'acupuncture est naïve. L'effet spécifique d'une substance médicamenteuse est un "tout" unique, facilement explorable avec une méthodologie appropriée alors que l'acupuncture est une procédure complexe intégrant de multiples variables avec de nombreuses indéterminations (la définition spatiale du point, les caractéristiques physiques et temporelles de la stimulation, la sphère d'action supposée de chaque point...). Pour une substance médicamenteuse la recherche d'un effet spécifique est essentielle puisque c'est la seule plus-value par rapport à une substance inerte. Pour l'acupuncture la recherche d'un effet spécifique vise un tout autre objectif qui est d'analyser les concepts médicaux sur lesquels elle est basée (la notion de point d'acupuncture et la spécificité de sa stimulation). Il ne s'agit plus alors d'évaluer l'efficacité thérapeutique d'une pratique, mais bien d'évaluer les présupposés théoriques qui l'accompagnent. Dans le cadre de cette recherche explicative les essais versus fausse acupuncture ne sont qu'une approche grossière et exploratoire du problème qui est analysé de manière plus

pertinente par les études expérimentales animales et humaines ainsi que par les essais cliniques comparant deux techniques d'acupuncture faisant varier un nombre limité de paramètres¹.

Il faut noter que toutes les thérapies non-médicamenteuses dans le champ conventionnel (psychothérapies, actes de rééducation fonctionnelle, chirurgie...) sont associées à des présupposés théoriques qui pour la plupart ne vont pas de soi, mais qui sont rarement mis en question quand il s'agit d'évaluer l'efficacité thérapeutique. Cette problématique est disjointe et analysée avec d'autres méthodes plus appropriées. Mais pour l'acupuncture elle est intégrée avec la seule prise en compte de données partielles et l'exclusion des données cliniques et expérimentales les plus pertinentes.

4. L'ACUPUNCTURE COMME OBJET DE CONTROVERSE

Il ne faut pas se cacher que les difficultés rencontrées dans l'évaluation de l'acupuncture sont en grande partie liées au fait que, de par son origine et son histoire, l'acupuncture est un objet de controverse. La discussion sur l'efficacité est contaminée, consciemment ou non, par des débats d'une autre nature sur son mécanisme d'action, sur la réalité de son modèle explicatif historique, sur son statut épistémologique ou encore sur son statut sociologique.

Le débat médical est prolongé dans le champ des sciences humaines par de multiples autres débats : historique sur la contribution chinoise à l'histoire générale des sciences, anthropologique sur la place des médecines savantes issues d'autres cultures, sur le relativisme culturel et cognitif, épistémologique sur la séparation science - non science, sociologique sur la place des médecines "alternatives" et leurs rapports à la biomédecine. Les prises de position individuelles et collectives dans ces controverses interfèrent directement avec le débat scientifique.

Il n'est pas neutre qu'au sein de la Cochrane Collaboration l'acupuncture soit analysée par le Cochrane Alternative and Complementary Medicine Group. Les problématiques spécifiques de l'acupuncture sont ainsi agrégées à celles d'un ensemble hétéroclite de pratiques médicales², transposant à l'acupuncture toute une série de présupposés. Au-delà de la simple évaluation de l'efficacité de l'acupuncture, bien d'autres choses sont ainsi mises en jeu. Notons qu'un auteur important de la Cochrane Collaboration est clairement positionné comme un leader d'opinion engagé

¹ Observons que dans la plupart des revues de la Cochrane Collaboration relative à l'acupuncture, ce type de comparaison (acupuncture versus acupuncture) est exclu alors qu'il est constant dans les thérapies du champ "conventionnel" (par exemple comparaison de deux AINS, ou de deux modalités chirurgicales). L'acupuncture est ainsi un "tout" perçu et évalué différemment des autres thérapies.

² Par exemple l'homéopathie, la chiropraxie, la naturopathie ou encore la médecine anthroposophique font partie du champ du Cochrane Alternative and Complementary Medicine Group.

dans une critique médiatique grand public contre certaines "médecines alternatives" auxquelles l'acupuncture est mêlée¹. Un autre est également engagé dans la promotion d'une reformulation de l'acupuncture reliant et amalgamant la discussion sur l'efficacité thérapeutique à des discussions d'une autre nature sur le mécanisme d'action ou encore sur les concepts médicaux chinois². Ces points de vue impactent très fortement les conditions de l'évaluation de l'acupuncture et son interprétation.

L'acupuncture n'est plus pensée et évaluée comme une technique thérapeutique parmi d'autres avec un champ d'application, des modalités opératoires et des mécanismes d'action en cours de discussion. Elle est pensée et évaluée comme une "médecine différente" à laquelle est demandée, sur le mode du tout ou rien et ipso facto, une validation d'ensemble avec le plus haut niveau de preuve de toutes ses pratiques et de tous ses présupposés théoriques. L'acupuncture n'est plus alors un objet de recherche médicale mais devient un objet de controverse.

L'acupuncture en tant que thérapeutique pose un certain nombre de questions de natures différentes. Ces questions doivent être clairement formulées, distinguées et discutées par la communauté médicale avec les méthodes appropriées. La réponse à la question sur l'efficacité thérapeutique de l'acupuncture implique la mise à distance des autres questions, et une évaluation conforme aux règles communes relatives aux thérapeutiques non-médicamenteuses.

5. NOS CONCLUSIONS

L'efficacité de l'acupuncture doit être évaluée comme celle des autres thérapeutiques non-médicamenteuses : avec les mêmes objectifs, les mêmes questions, les mêmes méthodes et les mêmes niveaux de preuves.

Les médecins acupuncteurs doivent être associés à l'évaluation de leurs pratiques comme les praticiens des autres disciplines le sont. Les enjeux pour eux ne sont ni plus ni moins les mêmes que ceux des psychiatres vis-à-vis des psychothérapies ou des chirurgiens vis-à-vis de la chirurgie. Il y a une anomalie à ce que les psychiatres évaluent leurs propres pratiques psychothérapiques³ alors qu'aucun médecin acupuncteur n'a été associé à la rédaction du rapport. Le débat scientifique aurait été clarifié, les problématiques que nous estimons importantes posées et les points de dissensus corrigés ou plus efficacement mis à plat.

¹ SINGH S, ERNST E. TRICK OR TREATMENT ? ALTERNATIVE MEDICINE ON TRIAL. EALING: BANTAM PRESS. 2008.

² WHITE A, CUMMINGS M, FILSHIE J. AN INTRODUCTION TO WESTERN MEDICAL ACUPUNCTURE. CHURCHILL LIVINGSTONE. 2008.

³ PSYCHOTHERAPIE, TROIS APPROCHES EVALUEES. INSERM, 2004.

Sur les seules données de la Cochrane Collaboration, l'acupuncture est démontrée efficace à un haut niveau de preuve (revues systématiques et méta-analyses) dans un ensemble significatif de pathologies (migraine, céphalée de tension, lombalgie, arthrose des articulations périphériques, douleur durant l'accouchement, cervicalgies, dysménorrhée, nausées et vomissements postopératoires). Ce constat est d'autant plus solide :

- qu'il est associé à la mise en évidence d'une efficacité spécifique versus fausse acupuncture (nausées et vomissements postopératoires, arthrose des articulations périphériques, céphalée de tension, lombalgie, cervicalgies) ;
- qu'il est corroboré par d'autres revues synthétiques issues de sources différentes ;
- que la Cochrane Collaboration tend à minimiser le niveau de preuve de l'acupuncture par rapport aux autres thérapeutiques du champ "conventionnel" et que le domaine des pathologies analysées est limité par rapport à la littérature effectivement disponible.

Ce seul constat d'une efficacité dans un ensemble de pathologies ayant un impact important en termes de santé publique justifie l'utilisation de l'acupuncture dans notre système de soins, la formation à sa pratique dans l'enseignement médical et sa prise en compte comme thème de recherche médicale.