

*Évaluation de pratiques
utilisées par les masseurs-kinésithérapeutes*

La biokinergie

Collectif CORTECS
Collectif de recherche Transdisciplinaire Esprit Critique & sciences



Sommaire

Table des matières

<u>Histoire et distribution de la pratique.....</u>	<u>3</u>
<u>Connexion de la biokinergie avec d'autres disciplines.....</u>	<u>3</u>
<u>Cadre d'exercice et de formation.....</u>	<u>4</u>
<u>Analyse de la documentation scientifique relative à la biokinergie.....</u>	<u>6</u>
<u>Fondements théoriques.....</u>	<u>6</u>
<u>Efficacité thérapeutique.....</u>	<u>9</u>
<u>Synthèse sur la documentation scientifique relative à la biokinergie.....</u>	<u>11</u>
<u>Synthèse et conclusion.....</u>	<u>12</u>
<u>Bibliographie.....</u>	<u>12</u>

Réalisation (par ordre alphabétique) :

Caroti Denis
Darbois Nelly
Gaillard Nicolas
Guillaud Albin
Monvoisin Richard
Peccoud Julien
Pinsault Nicolas
Reviron Guillemette

Histoire et distribution de la pratique

La biokinergie est une discipline relativement récente, inventée au début des années 1980 par le kinésithérapeute et ostéopathe français Michel Lidoreau (1956-). Celui-ci commence l'enseignement de cette discipline en 1983 au sein de l'Institut pratique des thérapies manuelles (IPTM) puis au Centre d'enseignement et de recherche en biokinergie (CERB) qu'il fonde en 1985.

Les diverses communications personnelles font état d'un millier de praticiens de la biokinergie à l'heure actuelle, chiffre invérifiable mais qui semble réaliste. Ces praticiens sont quasi-exclusivement installés en France. La majorité des biokinergistes semblent masseurs-kinésithérapeutes mais la formation et l'exercice de la biokinergie sont également accessibles aux médecins, ostéopathes, chirurgiens-dentistes et orthodontistes – pour lesquels il y a une formation spécifique : la biokinergie cranio-dentaire.

Connexion de la biokinergie avec d'autres disciplines

Sans être un simple « agglomérat de techniques éparses »¹, la biokinergie se trouve au carrefour de trois grands axes thérapeutiques :

- la **médecine traditionnelle chinoise**, en lui empruntant particulièrement les méridiens et points d'acupuncture,
- l'**ostéopathie**, reprenant notamment les notions de « Mécanisme Respiratoire Primaire » (rebaptisé par leurs soins *Mécanisme Rythmique Primaire*), l'importance des fascias et le lexique des approches thérapeutiques (structurelle, fonctionnelle, énergétique...),
- la **masso-kinésithérapie** enfin, surtout par le biais de la technique du massage.

Selon M. Lidoreau, ces différentes thérapies ont un dénominateur commun : l'*enroulement biokinergétique*², sur lequel repose tout le socle de la biokinergie. Un enroulement tissulaire se formerait du fait de perturbations d'ordre « énergétique »³, laissant des empreintes⁴ qui seraient à l'origine de blocages osseux. Nous reviendrons spécifiquement sur ces points dans l'étude de la littérature scientifique.

¹ Lidoreau, 1989, p. 143.

² *Ibid.*, p. 143.

³ *Ibid.* p. 64.

⁴ « *Le corps, lieu étonnant de mémoire, garde la trace de tous les traumatismes physiques, énergétiques, psychiques, sous la forme de tensions* », [Formations Michel Lidoreau](#).

La compulsion de tous les documents mis à notre disposition (*cf.* Bibliographie) montre les fortes intrications de la biokinergie avec une multitude d'autres pratiques et thérapies. Sont entre autres couramment mentionnées :

- la réflexologie⁵, l'acupuncture⁶, le shiatsu⁷ et la digitopuncture (ou acupressure)⁸ pour leurs « points énergétiques » et les baro-pressions que l'on peut leur appliquer⁹,
- l'ostéopathie¹⁰, en particulier pour le *mouvement respiratoire primaire* initialement décrit dans le courant « cranio-sacré » de l'ostéopathie inventé par William G. Sutherland (une large part de l'ouvrage de Dolet (2008) est consacrée à ce concept) et l'écoute sensorielle¹¹, qui permet de l'objectiver¹²,
- et la kinésithérapie, pour les aspects techniques du massage (Lidoreau *ibid.*, p. 46).

Hormis pour l'écoute sensorielle, aux prétentions trop floues (*cf.* note 6) et pour la kinésithérapie, pour laquelle la critique ne peut être faite d'un seul tenant - de part sa diversité de techniques et une absence de théorie générale - , les cinq autres thérapies font toutes l'objet de fortes contestations sur leurs prétentions et leurs méthodes (*cf.* notes 5, 6, 7, 8, 10).

Cadre d'exercice et de formation

La biokinergie est couramment présentée comme un exercice du cadre légal de la kinésithérapie (*ibid.*, p.29), voire comme une spécificité de la kinésithérapie (Lidoreau, 2010 p.46). On ne trouvera hélas aucune mention spécifique de la biokinergie dans le décret d'acte ou de formation des masseurs-kinésithérapeutes. Nous relevons toutefois un bi-standard¹³ dans le discours : la biokinergie est parfois présentée comme une *partie*, un simple *élément* de la masso-kinésithérapie, parfois aussi comme sa *mutation*, son *dépassement*, à l'instar d'une « super-

⁵Pour une critique de la réflexologie, voir Ernst E., 2009. [*Is reflexology an effective intervention? A systematic review of randomised controlled trials.*](#) Medical Journal of Australia 7;191:263-266. et Bausell, R. Barker. (2007). *Snake Oil Science: The Truth about Complementary and Alternative Medicine*, Oxford.

⁶ Une revue critique de l'acupuncture est disponible en français chez Brissonnet J., *Les pseudomédecines, Un serment d'hypocrites*, [Book-e-book.com](#), 2003.

⁷ Une revue systématique des prétentions du Shiatsu est disponible ici : Robinson, Nicola; Lorenc, Ava; Liao, Xing (2011). [*The evidence for Shiatsu: A systematic review of Shiatsu and acupressure.*](#) BMC Complementary and Alternative Medicine 11: 88.

⁸ La digitopuncture est incorporée dans le corpus de l'acupuncture en tant qu' « acupuncture sans aiguilles », et à ce titre, reçoit les mêmes analyses qu'elle dans Brissonnet, *ouv. cit.*

⁹ Dolet 2008, p.169 ; Lidoreau, *ouv. cit.*, pp. 46, 47 et 103.

¹⁰ Une analyse de l'ostéopathie de Still, et de la sous-branche cranio-sacrée de Sutherland, est disponible dans Pinsault N., Monvoisin R. (CORTECS), *Tout ce que vous n'avez jamais voulu savoir sur les thérapies manuelles*, PUG, 2014, particulièrement pp. 99-100.

¹¹ Appelée aussi eutonie, cette méthode, inventée par Gerda Alexander, présente une démarche introspective visant à raffermir le « tonus ». Du fait de la nébulosité des prétentions thérapeutiques de l'eutonie, il n'y a guère d'analyse critique de cette méthode.

¹² Dolet, *ibid.*, p.123.

¹³ L'effet bi-standard consiste à raisonner selon deux standards différents selon les circonstances, à changer les règles d'évaluation, ou d'échantillonnage en cours du jeu.

kinésithérapie »¹⁴. En outre, certaines sources présentent la biokinergie comme *partie et dépassement*, cette fois, de l'ostéopathie¹⁵.

À l'heure actuelle, la formation en biokinergie est exclusivement dispensée au sein du CERB selon quatre cursus, chacun relatif à la formation initiale reçue par les participants.

- Le premier cursus, dit « **global** » **biokinergie – thérapie manuelle**, accessible aux médecins et kinésithérapeutes, associe l'enseignement de la thérapie manuelle ostéobiomécanique, myo-fasciale, viscérale et crânienne à celui de la biokinergie et de la thérapie énergétique chinoise. Il compte deux niveaux : le premier, se répartissant sur deux ans en quatorze séminaires de trois jours, est sanctionné par une attestation de formation en Thérapie manuelle ; le second compte seize séminaires de trois jours se répartissant ici encore sur deux années et validé par un examen avec délivrance du certificat de biokinergie cursus global 2^{ème} degré.
- Le deuxième cursus, dit **conjoint biokinergie – ostéopathie** est lui aussi accessible aux médecins et kinésithérapeutes et associe l'approche spécifique de la biokinergie à une formation en ostéopathie. Cette formation est dispensée par le CERB en partenariat avec le Centre de recherche et d'enseignement en ostéopathie (CREO), autre organe de formation de Michel Lidoreau. La formation à la biokinergie dans ce cursus se fait en vingt deux journées réparties sur les cinq années de formation à l'ostéopathie, comptant quand à elle quarante séminaires de quatre jours dispensés par le CREO. Ce cursus est validé par un examen avec délivrance du certificat de biokinergie équivalent au cursus global 2^{ème} degré en complément du titre d'ostéopathe.
- Le troisième cursus, sans dénomination particulière, est accessible aux professionnels ayant déjà suivi « *une formation en thérapie manuelle, ostéopathie, étio-pathie...* » [sic]. Beaucoup plus léger, ce cursus comptant huit séminaires de quatre jours répartis sur dix huit mois est validé par un examen théorique et pratique avec délivrance du certificat de biokinergie équivalent au cursus global 2^{ème} degré.
- Le quatrième et dernier cursus, dit **biokinergie crano-dentaire** est spécifiquement destiné aux chirurgiens-dentistes et orthodontistes. Il compte dix séminaires de trois jours, répartis sur dix huit mois aboutissant au certificat de formation en biokinergie crano-dentaire.

En observant ces quatre cursus, nous constatons nous constatons avec surprise que, pour un kinésithérapeute diplômé, l'accès à une formation spécifique en biokinergie n'est possible qu'en étant préalablement formé, ou en adossant le cursus à une autre discipline (ostéopathie, chiropraxie, thérapie manuelle...). Cela n'est à notre avis pas cohérent avec le fait de considérer que la biokinergie s'exerce dans le cadre légal de la kinésithérapie, ou qu'elle en est une spécificité (en revanche, la structure des cursus de formation suggère que ce pourrait être le cas pour l'ostéopathie).

¹⁴ « *Par sa nature même, au carrefour de la kinésithérapie et des thérapies manuelles, ostéopathiques, énergétiques et fasciales, la Biokinergie augmente l'efficacité du praticien tout en élargissant l'éventail de ses indications.* » (La biokinergie, une pratique en trois dimensions, CERB, 2012, p.10).

¹⁵ Même si ce n'est pas clairement énoncé. Par exemple Dolet : « *Le massage biokinergique permet d'apporter au concept ostéopathique la dimension énergétique générale que ce dernier ne peut, par définition, qu'aborder indirectement.* » (Dolet, *ouv. cit.*, p. 166) ; M. Lidoreau, dans son ouvrage princeps explique quant à lui que la biokinergie soigne « *la cause de la cause* » quand la kinésithérapie ne traiterait que des symptômes et l'ostéopathie que des causes . La biokinergie serait également une « *exploration plus approfondie des tissus que celle ou nous conduisait jusqu'alors le massage* » (Lidoreau, 1989, p. 89).

Analyse de la documentation scientifique relative à la biokinergie

Nous avons scindé l'analyse de la littérature en deux parties :

- la première recense et analyse les documents étayant les aspects théoriques de la discipline ;
- la seconde, quant à elle, étudie les preuves de l'efficacité de la technique.

Fondements théoriques

Le premier livre citant explicitement la biokinergie est celui du fondateur, Michel Lidoreau (*ouv. cit.*, 1989).

Malgré une lecture attentive et une analyse détaillée, il n'y a pas de démonstration des fondements théoriques revendiqués, non plus que de protocoles expérimentaux explicitement biokinergiste cherchant à les valider. Certes, ce livre permet de synthétiser la filiation de la biokinergie à d'autres disciplines, et précise que l'élément principal constituant la spécificité de cette discipline est la capacité alléguée de détection des points d'enroulement biokinergiques par les professionnels : cela implique à la fois que ces points *existent*, malgré l'absence de démonstration de l'auteur, et que les biokinergistes soient *en mesure de les détecter*, bien qu'aucun protocole, nous allons le voir, n'ait été tenté pour le prouver.

En dépit de recherches approfondies sur les bases de données et les revues indexées, il n'existe à notre connaissance pas d'étude démontrant spécifiquement l'existence des fameux « *enroulements biokinergiques spiralés et perpendiculaires à l'axe du corps* »¹⁶. Les pistes les moins fantaisistes nous ont été données par les références des biokinergistes eux-mêmes : beaucoup d'entre eux revendiquent l'héritage de deux travaux montpellierains : la thèse de 1984 du Docteur Odile Auziech¹⁷, et les travaux du Professeur René Sénelar, tous deux réalisés dans l'unité INSERM de Pierre Rabischong.

Les travaux du Dr Auziech ne portaient malheureusement pas sur l'existence des enroulements ou sur la méthode de détection, mais sur une analyse de la structure histologique des points d'acupuncture et d'auriculothérapie. Ils n'ont en outre pas été publiés, ou n'ont pas passé les standards des revues à comité de lecture. Nous avons néanmoins compulsé patiemment la thèse de doctorat en médecine de l'auteur, qui aurait servi, dit-on, de base aux travaux du Dr Sénelar. Quant à ces derniers, nous ne sommes, malgré tous nos efforts, pas parvenus à nous les procurer, et leur référencement diverge¹⁸.

¹⁶ Lidoreau, 1989, p. 64.

¹⁷ Auziech O., *Étude histologique des points de moindre résistance cutanée électrique et analyse de leurs implications possibles dans la mise en jeu des phénomènes acupuncturaux*. Thèse de médecine, Montpellier, avril 1984 (844 p.) .

¹⁸ La référence principalement citée des travaux du Dr Sénelar est un article intitulé *Histophysiologie du point d'acupuncture*. Certaines sources référencent ce document dans le chapitre *Acupuncture et médecine traditionnelle chinoise*, dans *Encyclopédie des médecines naturelles*, Paris, Éditions techniques, 1989 ; 1B-2C, et d'autres dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), rubrique *Médecines douces*. Nous n'avons pu trouver de chapitre intitulé comme tel dans l'EMC ; quant à *L'Encyclopédie des Médecines Naturelles*, nous ne sommes pas parvenus à en trouver un exemplaire.

Abordons donc cette thèse, dans laquelle le Dr. Auziech a réalisé des observations macroscopiques et microscopiques afin de justifier « *le fondement d'un substratum tangible aux points cutanés d'utilisation acupuncturale* »¹⁹. Les principales remarques à faire sur ce travail sont les suivantes.

1. Sur la détection des points de moindre résistance électrique cutanée (REC)

Le long de la thèse, il y a d'étranges et récurrentes confusions entre *tension* et *intensité* du courant, ce qui ne laisse pas d'étonner dans un travail de ce niveau.

Mme Auziech détermine la résistance électrique cutanée au moyen d'un « punctomètre ». Un punctomètre²⁰ est un instrument exclusivement destiné à la détection des points d'acupuncture, (points dont la preuve de l'existence, malheureusement, est encore à faire). Simple ohmètre basé sur un pont de Wheatstone, en forme de stylet, cet appareil a été vraisemblablement inventé en 1946 par le Docteur Jean Niboyet, de Marseille (et les bons soins techniques de l'ingénieur suisse Pourret) suite à une prétendue corrélation entre des points d'acupuncture et des points de très basse résistance au courant électrique par rapport aux zones avoisinantes, corrélation qui fit l'objet de sa thèse et d'un de ses ouvrages²¹. La plus connue des évolutions de ce punctomètre est due à Grenier et Brunet en 1955²², qui tentèrent l'année suivante d'élaborer une discipline à proprement parler, la « ponctométrie »²³, sans grande notoriété, et commercialisèrent le punctomètre Grenier – Brunet, le plus cité des appareils²⁴.

Il faut par ailleurs remarquer que la REC est une mesure *relative* et nécessite d'avoir une électrode de référence qui reste fixe, ce qui n'est pas le cas dans les expérimentations présentées sur l'humain par le Dr Auziech. Cette non-fixité, relativement rédhitoire, est expliquée par l'auteure par l'impossibilité technique pour les manipulateurs de maintenir l'électrode fixe qui était placée sur l'oreille du fait d'un câble électrique trop court.

Enfin, les mesure de REC sont extrêmement sensibles aux conditions d'expériences (pression atmosphérique, taux d'humidité...) mais aucun contrôle de ces conditions n'a été fait.

2. Sur la correspondance des points de moindre résistance prétendument trouvés et les points d'acupuncture :

L'expérimentation la plus poussée de Mme Auziech fut faite sur un modèle animal (le lapin) alors qu'aucune cartographie des points acupuncturaux n'était disponible pour cette espèce. Les expérimentateurs réalisèrent donc eux-mêmes cette cartographie, mais sur la base de deux spécimens seulement, et sans que l'expérimentateur ne soit en situation d'aveugle. De plus, selon l'auteure elle-même, la localisation des points détectés n'était absolument pas reproductible²⁵.

¹⁹Auziech, *ouv. cit.*, p. 754.

²⁰ Le premier article proprement dit à traiter du punctomètre dans une revue scientifique est Valéry, LP, [*Notions complémentaires à la pratique de l'acupuncture. Localisation des points, le punctomètre - la galvanopuncture*](#), Le chirurgien dentiste de France, 7 septembre 1966 Sep;36(33);37-41.

²¹ Niboyet J.-E.-H., *Essai sur l'Acupuncture Chinoise Pratique*, Paris, Éditions Dominique Wapler, 1951.

²² Brunet René, [*Introduction à l'étude de l'acupuncture*](#), diffusé par le Groupe d'études et de recherches en acupuncture (GERA).

²³ Brunet René, *Le punctomètre du Dr. Brunet et de L. Grenier*, Bulletin de la Société d'Acupuncture, n° 18, novembre 1956, p. 17-25.

²⁴ Grenier, Brunet, *Le punctomètre*. Bull. Soc. d'Acupuncture, Paris, 1955.

²⁵ « Lors de cette détection, réalisée en vue de la cartographie, des séries de points [...] sont apparus, ce jour-là, particulièrement "réceptifs" au courant, et ont permis d'enregistrer des suites de REC vraiment basses. Mais ces

Une fois les échantillons acquis, l'analyse ne fut pas faite sur l'ensemble des prélèvements. Fut avancé l'argument que certains points n'avaient pas été prélevés suffisamment en profondeur, sans que furent précisés la structure ni le nombre de ces points. La méthode d'inclusion ou de rejet des données n'est pas suffisamment étayée pour que l'expérience puisse être reproduite..

Lors de la seule expérimentation sur l'humain, il faut noter un nombre très réduit de sujets inclus dans l'étude. Les points à prélever ne purent être retrouvés spontanément, ce qui imposa aux auteurs de se baser sur des cartes préétablies. La recherche des REC souffre des mêmes défauts qu'avec le modèle animal : elle s'effectua avec une électrode de référence régulièrement déplacée, ce qui pose un sérieux problème dans le cas de mesures relatives ; les prélèvements ne furent comparés qu'à un seul point de référence.

En résumé :

est postulée une structure histologique particulière des points d'acupuncture, sur la base de l'utilisation d'un punctomètre, ohmètre de qualité plutôt médiocre utilisé sans aucune validation scientifique de quelque sorte que ce soit, et dévolu à la détection d'hypothétiques points d'acupuncture sur la base d'une simple corrélation REC / points d'acupuncture dont rien ne vient montrer qu'elle est causale, le tout dans des protocoles à échantillon insuffisant, sans situation d'aveugle et sans « blanc ».

Compte tenu de l'ensemble des biais précédemment évoqués, il est évident que le travail présenté par le Docteur Auziech ne permet pas de s'assurer d'une structure histologique particulière des points d'acupuncture. Bien que l'auteure écrive que « l'étude attentive et systématique du *sous-sol* des points de moindre résistance cutanée révèle que celui-ci ne renferme rien, anatomiquement parlant, de très extra-ordinaire » (*ibid.*, p.775), nous pensons que les expérimentations sont de trop mauvaise qualité pour étayer ou infirmer quoi que ce soit. Il n'est pas concevable d'étayer l'existence des points d'enroulements biokinergiques à partir de ces travaux.

Nous n'avons trouvé aucune autre étude justifiant de l'existence des points d'enroulement biokinergiques ou de la capacité des praticiens à les détecter. Cela nous a fortement surpris, vu l'enjeu, la trentaine d'années de prétentions thérapeutiques, et surtout vu la simplicité putative de réalisation d'un tel test.

Efficacité thérapeutique

Le livre fondateur propose une liste des indications de la biokinergie (Lidoreau, 1989, pp. 266-269), liste extrêmement large : elle mentionne par exemple la polyarthrite rhumatoïde, la pelvispondylite rhumatismale, le syndrome de Ménière, les troubles du rythme, l'insuffisance rénale, des atteintes hémiplegiques ou paraplégiques faibles, le diabète... Nombre de prétentions thérapeutiques qu'aucune étude scientifique ne vient supporter dans l'ouvrage.. Il est également précisé que la biokinergie ne présente aucun effet iatrogène²⁶, ce qui laisse perplexe, puisque tout traitement qui possède un effet réel présente des risques incompressibles d'effets iatrogènes²⁷.

chiffres, valables lors de ce protocole, se trouvaient modifiés lors d'un essai de même type, réalisé quelques jours plus tard, au profit d'une autre série de "points". De tels faits nous furent fréquemment observables. » Auziech (ouv. cit., p. 184).

²⁶ Lidoreau, 1989, *ibid*, p.30.

²⁷ Tout traitement a des effets bénéfiques, mais aussi des effets indésirables, qui peuvent provenir du traitement lui-même, de son association avec un autre traitement, de son incompatibilité avec le malade ou d'une erreur de prise ou de posologie.

Voir [La iatrogénie \(iatrogénèse\) médicamenteuse en France](#), Ministère de la santé, 2004, et [L'estimation du risque](#).

Il semble donc que M. Lidoreau ait lancé ses prétentions thérapeutiques avant d'en faire la preuve. Nous avons cherché par nous-mêmes si des protocoles expérimentaux visant à évaluer l'efficacité de la biokinergie étaient disponibles dans la littérature scientifique, et en avons trouvé deux²⁸.

1. Olivier *et al.*, 1995

Le premier (Olivier *et al.*, 1995) avait pour objectif d'évaluer l'efficacité d'une séance de biokinergie sur l'aptitude physique de sujets entraînés. Pour ce faire, quatorze sportifs de niveau régional ont été répartis en deux groupes, l'un recevant une séance de biokinergie et l'autre recevant une séance simulée, par le même biokinergiste. Ils réalisèrent tous un test d'endurance, environ deux jours avant et dix jours après leur visite chez le thérapeute, test consistant en huit séquences de course de cinq minutes à 80% de la vitesse maximale aérobie des sujets, entrecoupées d'une minute de repos. Au cours de ces deux tests (pré et post) étaient mesurés la fréquence cardiaque et la lactatémie avant, pendant et après l'exercice. L'analyse statistique réalisée, une analyse de variance, révèle que les sujets ayant reçu une séance de biokinergie ont présenté une lactatémie significativement moins élevée après la séance, que ce soit au repos, pendant, ou après l'exercice. Les auteurs ont alors conclu que la biokinergie est susceptible d'influencer de façon assez durable le métabolisme de sujets sportifs.

Cette conclusion s'érode sur au moins les trois points rédhibitoires suivants :

- le nombre de sujets inclus est trop petit pour envisager un réel traitement statistique ;
- les conditions d'utilisation du test statistique utilisé ne sont pas respectées (en l'occurrence la normalité des variables et l'égalité des variances) ;
- il n'est pas précisé en quoi consistent ni la séance de biokinergie ni la séance « simulée ». Devant l'importance pour un tel test de réaliser un double aveugle (pourtant revendiqué ici), des précisions sont incontournables pour savoir comment le sujet, tout comme le thérapeute, s'absolvent des effets suggestifs.

2. Flore *et al.*, 1998

Le second article (Flore *et al.*, 1998), avait pour objectif de confirmer les résultats de l'étude précédente en évaluant l'effet d'une séance de biokinergie sur la performance et les adaptations physiologiques de sujets sportifs pendant un effort maximal aérobie. Pour cela, vingt sujets étaient affectés aléatoirement dans deux groupes, l'un recevant une séance de biokinergie et l'autre une séance « simulée ». L'organisation des séances était similaire à celle de l'expérience précédente (test d'endurance puis deux jours plus tard séance avec le praticien puis 10 jours plus tard de nouveau test d'endurance) mais l'exercice consistait ici à pédaler sur un cycloergomètre avec une fréquence de 70 tour de pédalier par minute en augmentant l'intensité de l'exercice de 40 Watts toutes les trois minutes jusqu'à ce que le sujet ne soit plus capable de poursuivre l'exercice. Les paramètres retenus pour caractériser les performances et adaptations physiologiques à l'exercice étaient la lactatémie, la consommation d'oxygène, le volume de gaz carbonique rejeté, le pouls d'oxygène, le débit ventilatoire, le quotient respiratoire, le volume courant et la fréquence respiratoire. L'ensemble de ces paramètres ont été recueillis au repos,

iatrogène dans les établissements de santé en France, Drees, Études et Résultats, n°219, février 2003.

²⁸Nous avons cherché des articles dans les bases de données scientifiques *Pubmed* et *Inist-cnrs* en utilisant les mots-clés *biokinergie* et *biokinergia*.

pour chaque intensité d'effort et pendant la phase de récupération puis analysés par le biais d'une analyse de variance. Le pic de consommation d'oxygène et le pic de puissance étaient également mesurés lors de l'exercice maximum. Les résultats retrouvés dans cette expérimentation sont les suivants :

Pendant la phase de repos : aucune différence n'est observée entre avant et après la visite chez le thérapeute, quel que soit le groupe étudié (avec séance de biokinergie ou avec séance simulée).

Pendant l'effort sous-maximal : on ne retrouve pas de différence pour la lactatémie, la consommation d'oxygène, le débit ventilatoire et le quotient respiratoire. La fréquence cardiaque est significativement inférieure et le pouls d'oxygène ainsi que le volume courant sont significativement supérieurs après le traitement dans le groupe ayant bénéficié de biokinergie.

Pendant l'effort maximal : aucun paramètre ne se révèle significativement différent hormis la puissance maximale et le pic de consommation d'oxygène qui sont significativement supérieurs après le traitement dans le groupe ayant bénéficié de biokinergie.

Pendant la récupération : aucun paramètre ne se révèle significativement différent sauf la lactatémie, le débit ventilatoire, la fréquence respiratoire et le pouls d'oxygène qui s'avèrent significativement supérieurs après la séance dans le groupe ayant bénéficié de biokinergie.

Les auteurs ont conclu de ces résultats qu'une séance de biokinergie pourrait légèrement influencer les adaptations cardiorespiratoires et les performances maximales aérobies pendant un exercice progressif. Ils ont toutefois souligné que leurs résultats doivent être pris avec précaution vu la faiblesse des modifications constatées, le manque d'homogénéité de l'effet et l'inconsistance des résultats avec la première étude. Ils suggèrent que les modifications observées pourraient être liés à l'adhésion des sujets en regard des conceptions du praticien. Précisons que cette adhésion peut se matérialiser de plusieurs façons, particulièrement par un tri sélectif des données du type *biais de confirmation d'hypothèse*, ou par un biais de complaisance type effet Hawthorne²⁹.

Cet article ne résiste donc pas aux critiques suivantes :

- les conditions d'utilisation de l'analyse statistique menée ne sont pas réunies ;
- la multitude de critères de jugement utilisés sans correction de l'inflation du risque α dans la procédure statistique est une limite considérable à l'interprétation des résultats ;

N.B. : nous avons sollicité les auteurs de l'article afin d'obtenir les données sources de l'expérimentation et pouvoir reconduire une analyse statistique, mais personne ne fut en mesure de nous les fournir.

- À nouveau, il n'est pas précisé en quoi consiste la séance « simulée » de biokinergie, ce qui rend caduque toute conclusion, à plus forte raison sachant le thérapeute non en situation d'aveugle.

²⁹ Sur le biais de confirmation d'hypothèse, voir P. C. Wason, *Reasoning*, In Foss, B. M. *New horizons in psychology*. Harmondsworth: Penguin (1966). Sur l'effet Hawthorne, Mayo Elton. *Hawthorne and the Western Electric Company : The social problem of an industrial civilization*. Routledge (1949). Pour une description de ces biais, Pinsault & Monvoisin (CORTECS). *Ibid*, p.174, et pp. 190-191.

Synthèse sur la documentation scientifique relative à la biokinergie

Les deux articles proposés sont lourdement biaisés, en particulier du fait d'une analyse statistique inadaptée. De plus nous constatons que les résultats obtenus lors de la première expérimentation (pas d'effet sur la fréquence cardiaque et lactatémie significativement diminuée après une séance de biokinergie) ne se retrouvent pas dans la seconde étude (effet significatif sur la fréquence cardiaque et lactatémie significativement augmentée après une séance de biokinergie) qui avait pourtant pour objectif de les confirmer. Au final, compte tenu des biais mentionnés et de l'hétérogénéité des résultats nous ne pouvons tirer aucune conclusion des études réalisées.

Il est surprenant de constater que les prétentions de la biokinergie ne sont basées sur aucun corpus de preuves élaborées par le fondateur et ses continuateurs. En remontant aux héritiers, nous ne trouvons que des protocoles douteux. Chez les continuateurs, des prémisses d'études prometteuses se sabotent elles-mêmes par médiocrité expérimentale.

Synthèse et conclusion

Les deux articles précédents et les contacts que nous avons pu obtenir auprès du fondateur et des praticiens investis dans la biokinergie suggèrent que ces derniers ne sont pas hostiles à une évaluation scientifique de leur pratique, bien que rien n'ait été fait dans ce sens, jusqu'à maintenant, de manière méthodique et rigoureuse. En revanche, depuis sa création il y a trente ans, la biokinergie continue de s'appuyer sur des fondements non scientifiquement établis. En n'ayant pas fait la preuve de son efficacité, elle ne se distingue malheureusement pas de nombreuses simili-médecines. Trancher sur l'existence des enroulements, et sur la capacité de détection desdits enroulements serait pourtant réalisable en respectant les critères d'échantillonnage, de randomisation, de double insu, et résoudrait l'ambiguïté dans laquelle se trouve cette méthode. Comme spécifié il y a plusieurs années, lors de l'encadrement d'un mémoire étudiant, nous restons à disposition des thérapeutes biokinergistes pour trancher l'évaluation scientifique des enroulements tissulaires

Bibliographie

- Auziech Odile (1984). *Étude histologique des points cutanés de moindre résistance électrique et analyse de leurs implications possibles dans la mise en jeu des mécanismes acupuncturaux*. Thèse de médecine, Montpellier, avril 1984 (844p.).
- Bausell, R. Barker (2007). *Snake Oil Science: The Truth about Complementary and Alternative Medicine*, Oxford.
- Brissonnet Jean (2003). *Les pseudomédecines, Un serment d'hypocrites*, Book-e-book.com.
- Brunet René (1956). *Le punctomètre du Dr. Brunet et de L. Grenier*, Bulletin de la Société d'Acupuncture, n° 18, novembre, p. 17-25.
- Dolet Jean-Pierre (2008). *Massage réflexe biokinergique - Application à l'ostéopathie*. Édité à compte d'auteur.
- Ernst Edzard (2009). *Is reflexology an effective intervention? A systematic review of randomised controlled trials*. Medical Journal of Australia 7;191:263-266.
- Flore P., Obert P., Courteix D., Lecoq A-M., Girodon J., Lidoreau M., Klein P. (1998). *Influence of a Biokinergia session on cardiorespiratory and metabolic adaptations of trained subjects*. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics. 21(9):621-8.
- Grenier L., Brunet R. (1955). *Le punctomètre*. Bull. Soc. d'Acupuncture, Paris.
- Lidoreau Michel (1989). *Biokinergie, synthèse des thérapeutiques manuelles*. Éditions Maisonneuve.
- Lidoreau Michel (2010). *La biokinergie ou comment élargir votre champ d'action*. Kiné actualité n°1197.
- Mayo Elton (1949). *Hawthorne and the Western Electric Company : The social problem of an industrial civilization*. Routledge.
- Niboyet J.-E.-H. (1951). *Essai sur l'Acupuncture Chinoise Pratique*, Paris, Éditions Dominique Wapler.
- Olivier G., Flore P., Eberhard Y., Therminarias A. (1995). *Influence d'une séance de biokinergie sur la forme physique de sportifs entraînés*. Kinésithérapie scientifique, 349:6-12.
- Pinsault N., Monvoisin R. (2014). *Tout ce que vous n'avez jamais voulu savoir sur les thérapies manuelles*, PUG.
- Robinson, N., Lorenc, A., Liao X. (2011). [The evidence for Shiatsu: A systematic review of Shiatsu and acupressure](#). BMC Complementary and Alternative Medicine 11: 88.
- Valéry, L.P. (1966). [Notions complémentaires à la pratique de l'acupuncture. Localisation des points. le punctomètre-la galvanopuncture](#), Le chirurgien dentiste de France 7 septembre Sep ; 36 (33);37-41. Valéry, LP, *Notions complémentaires à la pratique de l'acupuncture. Localisation des points, le punctomètre - la galvanopuncture*, Le chirurgien dentiste de France, 7 septembre 1966 Sep;36(33);37-41;
- Wason P. C. (1966). *Reasoning*, In Foss, B. M. *New horizons in psychology*. Harmondsworth: Penguin.

Note : la référence de l'article Dr Sénélar, René, *Histophysiologie du point d'acupuncture*, est imprécise. Certaines sources référencent ce document dans le chapitre *Acupuncture et médecine traditionnelle chinoise*, dans *Encyclopédie des médecines naturelles*, Paris, Éditions techniques, 1989, 1B-2C ; d'autres dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), rubrique *Médecines*

douces. Nous n'avons pu trouver de chapitre intitulé comme tel dans l'EMC ; quant à *L'Encyclopédie des Médecines Naturelles*, nous ne sommes pas parvenus à en trouver un seul exemplaire.

Webographie

- Formations, de Michel Lidoreau :
<http://www.formations-michel-lidoreau.com/uploads/pdf/cerb/biokinergie.pdf>
- Brunet René, Introduction à l'étude de l'acupuncture (GERA - Groupe d'études et de recherches en acupuncture) :
http://www.gera.fr/Downloads/Formation_Medicale/Histoire-de-l-acupuncture-et-de-la-MTC-l-Occident/brunet-21396.pdf
- La iatrogénie (iatrogénèse) médicamenteuse en France, Ministère de la santé, 2004.
http://ecoetsante2010.free.fr/article.php3?id_article=127
- L'estimation du risque iatrogène grave dans les établissements de santé en France, Drees, Études et Résultats, n°219, février 2003 :
<http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13121/2/er219.pdf>
- La biokinergie, une pratique en trois dimensions, CERB, 2012 :
<http://www.formations-michel-lidoreau.com/uploads/pdf/cerb/biokinergie.pdf>
- Le site de l'association nationale des praticiens en biokinergie :
<http://www.mk-biokinergie.org>