



# Acupuncture & Moxibustion

**MÉRIDIENS**

*Fondateur*

**Didier Fourmont**

revue française de  
**médecine  
traditionnelle chinoise**  
le mensuel du médecin acupuncteur

*Fondateur*

**Nguyen Van Nghi**

Juillet-Août-Septembre 2007  
**Volume 6. Numéro 3**

ISSN : 1633-3454





## SOMMAIRE

### Chroniques éditoriales

Acupuncture en transition. <i>Patrick Triadou</i>	193
---	-----

### Anthropologie

Introduction, structuration, intégration de l'acupuncture extrême-orientale dans la médecine française. <i>Ronald Guilloux</i>	194
--	-----

### Etudes traditionnelles

Grains de sable. <i>Emmanuel Escalle</i>	202
Médecine chinoise et astronomie. <i>Jean-François Borsarello</i>	207
Recherche sur le sens et la traduction de <i>zheng</i> . <i>Jean-Louis Lafont</i>	211

### Etudes cliniques

La hernie discale lombaire en MTC. <i>Robert Hawawini</i>	218
Acupuncture et neuroprotection : quel rôle pour l'érythropoïétine ? <i>Marc Petitpierre</i>	223

### Revues et Synthèses

La nouvelle cranioacupuncture de Yamamoto (YNSA), application à la pathologie ostéoarticulaire. <i>Bernard Memheld</i>	229
--	-----

### Recherches

Points <i>shu</i> , merveilleux et système nerveux végétatif. <i>Marc Piquemal</i>	232
--	-----

### Lettres à la rédaction/Communications courtes

Acupuncture et MTC, quelques réflexions. <i>Johan Nguyen</i>	236
--	-----

### Pratique en Acupuncture auriculaire

Divers types de points auriculaires. <i>Yves Rouxville, Yunsan Meas</i>	240
---	-----

### Evaluation

Les médecines non conventionnelles sont-elles utiles en obstétrique ? <i>Annabelle Pelletier-Lambert</i>	244
Evaluation de l'acupuncture en rhumatologie : le bond en avant. <i>Olivier Goret et Johan Nguyen</i>	247

### Attention, c'est déjà arrivé ! Incidents et accidents attribués à l'acupuncture

Acupuncture abdominale et longues aiguilles : danger ! <i>Jean-Marc Stéphan</i>	255
---	-----

### Acupuncture expérimentale

L'obtention du <i>deqi</i> au 6MC n'est pas en relation avec la position de l'aiguille par rapport au nerf médian. <i>Johan Nguyen</i>	259
--	-----

### Reportage

La Kansai University of Health Sciences (Osaka, Japon) : Interview des Drs Setsuko Kame et Daisuke Takeda <i>Patrick Sautreuil</i>	264
Art, preuves et défis en acupuncture : congrès ICMART 2007 à Barcelone. <i>Jean-Marc Stéphan et Patrick Triadou</i>	269

### Mise au point

Les <i>jingbie</i> ou méridiens distincts. <i>Jean-Marc Stéphan et Florence Phan-Choffrut</i>	278
---	-----

### Agenda

282

### Livres reçus

284

## Gaudí, Barcelone et ICMART 2007

---



Du 1<sup>er</sup> au 3 juin 2007, Barcelone a été le siège du Congrès international d'acupuncture de l'ICMART qui, comme chaque année depuis 1983, a lieu dans une ville différente. Le Dr Isabel Giralt, Présidente du Congrès, mais aussi Présidente de la section d'acupuncture du Col.legi de Metges (Conseil de l'Ordre) de Barcelone et toute son équipe a réussi à organiser un congrès de grande qualité ayant pour thème « art, preuves et défis ». C'est dans cette ville d'art que naquit entre 1890 et 1920, l'architecture moderniste (*Modernismo*), la version catalane de l'Art Nouveau qui se développa aux côtés de la *Renaixença*, mouvement artistique typiquement catalan qui visait la promotion d'un art et d'une littérature authentiquement régionaux. Antonio Gaudí y Cornet (1852-1926), le célèbre bâtisseur de la Sagrada Família parsema la ville de toutes ses œuvres. On peut en voir ici le long de l'arête d'un toit un détail architectural (toiture de la casa Batlló -1905- montrant l'utilisation alternée de tuiles sphériques et cylindriques), simulant le dos couvert d'écailles d'un Dragon de l'Empire Céleste en visite pour ce congrès de l'*International Council of Medical Acupuncture and Related Techniques* 2007.

Jean-Marc Stéphan

---

*Patrick Triadou*

## Acupuncture en transition



A l'image des systèmes de santé en Europe, l'Acupuncture est en transition. Entre art et médecine des preuves, elle a affronté des défis au-delà des mots et des choses comme disait Michel Foucault.

La confusion des genres règne en santé où se multiplient les conduites autistes de chaque spécialité médicale ou discipline tournant autour de la santé, comme l'économie, avec comme seuls points de convergence un discours centré sur les normes - souvent difficiles à atteindre faute de moyens -, et les intérêts du patient, dont il est difficile de cerner les contours. Art, puis science, et enfin business, la médecine est les trois à fois. Trouver la voie du juste milieu à distance des discours et des conduites dogmatiques et autistiques est devenu l'enjeu de la médecine confrontée à des maladies chroniques et à déterminisme social. L'acupuncture a l'expérience de ses multiples grilles de lecture que son histoire illustre depuis sa phase empirique initiale d'art

thérapeutique à sa « scientification » contemporaine. Elle sait au-delà des mots définir son champ d'efficacité. Celle-ci est devenue sa voie pragmatique autorisant de nombreuses possibilités d'interprétation empirique ou scientifique, et mieux encore, permettant de reformuler des questions devenues inutiles, une fois les cloisons des disciplines académiques et corps / esprit - ce dernier n'ayant jamais été observé sans le premier - abolies dans une perspective intégrative. Cette perspective, n'en déplaise à une rationalité universaliste, facilite le recours à diverses explications alternatives, pour peu que les résultats soient au rendez-vous. C'est ce pari pratique des choses qui a été gagné à Barcelone au cours du congrès international de l'ICMART.

D<sup>r</sup> Patrick Triadou  
 Vice-Président de l'ASMAF-EFA  
 Membre du Collège Français d'Acupuncture (CFA)  
 Maître de conférences - Praticien hospitalier  
 Université Paris René Descartes  
 UFR Médecine Paris 5, Hôpital Necker Paris.  
 ✉ patrick.triadou@nck.aphp.fr

Ronald Guilloux

## Introduction, structuration, intégration de l'acupuncture extrême-orientale dans la médecine française

**Résumé :** Comme nous le verrons dans l'article suivant, la réception de l'acupuncture extrême-orientale au XIX<sup>e</sup> siècle était restée inachevée. C'est que l'Occident médical en voie de modernisation se dressait comme mur idéologique, fixant les normes épistémologiques et institutionnelles de la pratique médicale. Comment, au XX<sup>e</sup> siècle, ce mur sera-t-il franchi ? Par la stabilisation des règles épistémologiques et la complexification de l'institution médicale qui entraîneront l'affaiblissement de l'armature idéologique, donc, la possibilité pour l'acupuncture de se forger une place dans le système de santé. **Mots-clés :** conflits - épistémologisation - institutionnalisation - médecines parallèles - réception - scientisme - traditionalisme.

**Summary :** As we shall see in the next article, the reception of far eastern acupuncture in the XIXth century had remained uncompleted. It is because the modernizing medical West raised like an ideological wall, setting the epistemological and institutional norms of medical practice. How, in the XXth century, will this wall be overcome ? By the stabilization of the epistemological rules and the complexification of the medical institution that will entail the decline of the ideological armature, thus, the possibility for acupuncture to build up to itself a place in the health system. **Keywords :** conflicts - epistemologization - institutionalization - parallel medicines - reception - scientism - traditionalism.

### La période d'introduction : le cercle Soulié de Morant (1928-1945)

L'introduction de l'acupuncture des années 1930-1945 doit beaucoup au sinologue Soulié de Morant, mais on ne peut négliger toutes les conditions individuelles, structurelles et épistémologiques qui ont été déterminantes dans ce processus.

#### *La découverte de l'« acupuncture chinoise »*

La découverte de l'acupuncture par le diplomate français George Soulié de Morant est suffisamment connue pour que seuls en soient rappelés les grands traits. En 1901, une épidémie de choléra sévit à Pékin. Visitant l'hôpital des missionnaires, Soulié de Morant constate avec stupéfaction que des aiguilles ou des cônes incandescents suffisent à soulager les crampes, vomissements et diarrhées des malades [1]. Dès lors, le jeune diplomate va solliciter des médecins chinois pour étudier et pratiquer l'acupuncture pendant près de dix ans. Revenu en France vers 1909, ce n'est cependant qu'en 1927 qu'il parviendra à partager son expérience avec un médecin homéopathe, le Dr Paul Ferreyrolles. Soulié de Morant est alors introduit dans le cercle restreint du Carrefour de Cos, groupe fondé

par les Drs Martiny, Ferreyrolles et Monod, dont l'intérêt est d'expliquer scientifiquement les médecines « empiriques ». Puis, très rapidement, Soulié de Morant deviendra le centre d'un véritable cercle initiatique jusqu'aux années 1945, enseignant l'acupuncture aux médecins dans le milieu hospitalier parisien.

Sans retirer à l'individu Soulié de Morant la centralité de son rôle, il est toutefois nécessaire de saisir les conditions qui ont rendu possible la découverte, puis l'introduction de l'acupuncture en France. Autrement, on risquerait de sombrer dans un héroïsme stérile.

#### *Les conditions de la découverte*

#### **Linguistique et politique : la langue chinoise comme outil impérialiste**

Soulié de Morant le souligne lui-même : sans maîtrise de la langue chinoise, il lui aurait été impossible d'apprendre l'acupuncture [2]. Mais cette connaissance linguistique n'est pas celle d'un seul individu. Une double transformation a eu lieu au XIX<sup>e</sup> siècle. Transformation linguistique d'une part, puisque les langues ne sont plus étudiées en fonction de leur rang dans l'histoire des civilisations, mais selon leurs structures internes. « Désormais, toutes les langues se valent : elles ont



seulement des organisations internes qui sont différentes» [3]. Transformation politique d'autre part, puisque l'Occident va passer de l'expansionnisme à l'impérialisme dans sa conquête du monde. Les pays occidentaux pénétreront, par la force, une Chine quasiment coupée de l'Occident depuis le milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle, pour asseoir leur présence religieuse et commerciale. L'Ecole des langues orientales sera créée dans cette perspective : former des interprètes de l'Etat français, c'est-à-dire des auxiliaires du pouvoir politique. Après avoir appris la langue auprès d'un lettré chinois puis à l'Ecole des langues orientales, Soulié de Morant sera l'un de ces agents français envoyés en Chine.

### **Médecine et politique : le renouveau de la médecine traditionnelle comme expression d'un nationalisme émergent**

D'un autre côté, il fallait que l'acupuncture connaisse un regain d'intérêt en Chine même. En effet, nous avons vu que les premières observations occidentales sur l'acupuncture provenaient surtout du Japon. L'acupuncture chinoise semblait au contraire décliner pour des raisons pratiques (concurrence de la pharmacopée [4]) et politiques (méfiance de la dynastie mandchoue Qing [5]). Or que Soulié de Morant ait pu apprendre l'acupuncture à Pékin, à Shanghai et à Yunnanfu au début du XX<sup>e</sup> siècle montre son renouveau en Chine. Deux hypothèses complémentaires peuvent être invoquées. Pratiquement, cette thérapeutique simple et économique pouvait servir dans la situation de famine et de guerre civile que la Chine connaissait alors [6]. Politiquement, le recours à une thérapeutique traditionnelle pouvait être une forme de résistance politique à l'invasion occidentale.

### *Les conditions de l'introduction*

Si l'on interroge à présent les conditions de l'introduction de l'acupuncture en France, on voit que les premières tentatives du diplomate furent vaines : dix-huit années ne se sont-elles pas écoulées entre son retour en France et le premier intérêt porté par un médecin ?

### **Idéologique : franchir le mur**

Un «accueil de raillerie et d'incrédulité» [7] fut inévitable au départ, mur idéologique d'une médecine occidentale moderne qui n'avait rien à attendre d'une thérapeutique exotique. Au fond, c'était le même discours orientaliste des siècles passés qui maintenait sa sourde emprise.

Où donc trouver la brèche dans ce mur ? En réalité, Soulié de Morant est lui-même cette ouverture, ce point de transmission : Français en Chine, il est à présent l'ambassadeur de l'acupuncture chinoise en France. La difficulté est plutôt de trouver la main qui voudra transmettre le message à l'Occident. Cette main sera celle du D<sup>r</sup> Paul Ferreyrolles. Mais, comme pour la période de découverte de l'acupuncture en Chine, celle de son introduction en France repose sur un ensemble de conditions que cet échange individuel ne fait que révéler.

### **Structurelles : du Carrefour de Cos aux hôpitaux parisiens**

En effet, rappelons que le D<sup>r</sup> Ferreyrolles est l'un des fondateurs du Carrefour de Cos, véritable lieu d'intersection entre deux styles de pensée : celui du corps microcosme et celui du corps anatomo-physiologique ; l'un tombé en désuétude à mesure que l'autre est devenu dominant ; l'un subsistant comme représentation populaire tandis que l'autre s'est affirmé comme connaissance scientifique. Un tel lieu est la condition structurelle nécessaire pour que l'acupuncture, thérapeutique marginale, puisse trouver refuge dans le milieu médical.

L'entrée du diplomate dans ce groupe informel servira de transition vers l'institution hospitalière parisienne : Bichat, Léopold Bellan, Saint-Louis, Beaujon, Saint-Jacques, Hahnemann, Foch, Saint-Antoine. Ces établissements permettront à l'acupuncture d'être l'objet d'une pratique, d'un enseignement et d'une recherche. Bien entendu, on ne peut y voir un accueil solennel de l'institution, car l'acupuncture reste dépendante de quelques individus – ceux du Carrefour de Cos – qui lui ouvrent une consultation. Au fond, elle ne dépasse donc pas le stade d'une pratique marginale, informelle, sous la carapace hospitalière.

### Epistémologiques<sup>1</sup> : «*Exposer scientifiquement la Tradition antique*» [8]

Quant à la transmission proprement dite de l'acupuncture, elle consiste, selon la formule de Soulié de Morant, à «*exposer scientifiquement la Tradition antique*», avec deux impératifs épistémologiques : la traduction et l'expérimentation.

Le premier est un travail de sinologue, qui aboutira à des notions aujourd'hui répandues comme «*énergie*» et «*méridien*» ; il s'agit aussi d'un travail de classification, c'est-à-dire de réorganisation des données chinoises selon la «*logique européenne*» (localisation anatomique des points et classification des symptômes).

Le second impératif, qui découle logiquement du premier, va consister à interroger l'acupuncture dans le laboratoire, à partir des acquis anatomo-physiologiques de la médecine moderne : rechercher des preuves matérielles (points, méridiens) et expliquer le mécanisme de l'acupuncture (réflexologie, physiologie des pouls d'organes).

Dans cette période d'introduction, médecines chinoise et occidentale ne s'opposent donc pas, elles se complètent : la seconde éclaire le mécanisme de la première, tandis que la première apporte une autre approche thérapeutique. Soigner et expliquer, tel est le sens de la formule «*exposer scientifiquement la Tradition antique*».

### La période de structuration : les sociétés d'acupuncture (1945-1960)

Cependant, le problème fondamental et inévitable du statut juridique et professionnel de l'acupuncture va se poser. En cela, l'année 1945 inaugure une nouvelle période de l'acupuncture française : celle de sa structuration, qui sera marquée par l'apparition de deux sociétés concurrentes.

#### *Deux sociétés concurrentes*

Après la libération, deux sociétés d'acupuncture sont créées : la Société d'Acupuncture (SA) autour de Soulié de Morant, la Société Française d'Acupuncture (SFA) autour du Dr Roger de la Fuyë. Très rapidement, la seconde va s'imposer comme une véritable machine destinée à intégrer l'acupuncture dans la médecine fran-

çaise, tandis que la première conservera sa structure fermée, en cercle. Il suffit de comparer leurs organes : la SA ne dispose que d'un Bulletin (BSA), alors que la SFA est, dès le départ, renforcée par la Société Internationale d'Acupuncture (SIA), puis défendue par le Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France (SNMAF, 1949), avec, comme arme de diffusion, les Archives de la Société Française d'Acupuncture (ASFA, 1947), qui deviendront bientôt la Revue Internationale d'Acupuncture (RIA, 1949).

Recherche, diffusion et défense, l'objectif de la SA est clair : faire de l'acupuncture une profession médicale. Un épisode juridique de cette conquête est bien connue : il s'agit du procès que de la Fuyë intentera à son maître Soulié de Morant en 1950. Sur le plan économique, le premier remboursement de l'acte d'acupuncture (PC2, soit deux fois un acte de petite chirurgie) sera obtenu avant 1949, pour stagner à K2E jusqu'en 1975.

#### *Les conditions de la structuration*

##### **De l'initiatique au juridique : rompre le cercle**

Pour la pratique et l'enseignement, on peut dire que la SFA reste l'héritière du cercle Soulié de Morant dont elle utilise les traductions ; du moins, jusqu'à un certain point. Car en voulant accélérer le processus d'intégration de l'acupuncture dans la médecine française, il faudra, selon de la Fuyë, lever les «*voiles épais*» [9] de la métaphysique extrême-orientale et occidentaliser la médecine chinoise du nom de «*siniatrie*».

Mais la rupture ne peut se limiter au contenu de l'acupuncture, elle doit s'étendre à son statut même. Il faut rompre le cercle initiatique au contenu métaphysique pour donner à l'acupuncture des contours juridiques au contenu scientifique. Ainsi, le conflit entre de la Fuyë et Soulié de Morant – plus qu'une simple trahison du maître par son disciple – est le symptôme aigu d'une situation hybride, critique, dans laquelle l'acupuncture ne peut pas rester pour s'intégrer dans la médecine française.

##### **Acupuncture et système de santé : professionnaliser l'acupuncture**

Mais cette rupture et cette tentative d'intégration sont elles-mêmes rendues possibles par les transformations

que connaît toute la profession médicale. Rappelons que la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) a été créée en 1928, et que 1945 est l'année de naissance de la Sécurité sociale et de l'Ordre des médecins. C'est grâce à cette systématisation de la santé, c'est-à-dire à l'apparition d'organismes de gestion de la santé, que les revendications juridiques (limiter la pratique de l'acupuncture au médecin) et économiques (faire reconnaître la pratique par un remboursement de l'acte) du SNMAF vont pouvoir aboutir. Autrement dit, toute la médecine, en tant que profession, s'intègre dans un ensemble plus vaste, aujourd'hui appelé système de santé. Pour que l'acupuncture puisse exister comme segment de la profession médicale [10], elle devra donc composer avec ces rouages institutionnels.

Au contraire, un face à face direct avec le milieu médical, fût-il de l'initiative d'un de la Fuÿe, eût été bien plus lent et difficile. D'ailleurs, même dans cette nouvelle situation, l'acupuncture aura à affronter trois types d'obstacles. Premièrement, un obstacle interne : celui de la scission entre les deux sociétés d'acupuncture. Deuxièmement, un obstacle externe : celui de la concurrence entre une médecine générale et les spécialités montantes dans la médecine urbaine [11], qui rend la constitution de l'acupuncture comme segment professionnel impossible, ainsi que le montre l'opposition de l'Ordre à toute augmentation du chiffre-clé de l'acte d'acupuncture [12]. Troisièmement, un obstacle idéologique : celui du discours médical occidental condamnant toute thérapeutique étrangère comme fallacieuse et charlatanesque ; ainsi de l'Académie de médecine affirmant que « l'acupuncture n'est pas à proprement parler une thérapeutique » [13], bien que son intervention sur le corps en réserve l'usage au médecin.

Au terme de cette période (1945-1960), s'il est indéniable que l'institutionnalisation de l'acupuncture est bien amorcée, il faut admettre qu'elle n'en est qu'à ses débuts. Juridiquement, l'acupuncture n'est médicale qu'en raison du droit du médecin à pratiquer toute thérapeutique jugée utile. Économiquement, le remboursement de l'acupuncture peine à évoluer. Ainsi, ni

reconnue par l'Ordre, ni par l'Académie, ni par l'Université, l'acupuncture n'est encore qu'un segment par défaut de la profession médicale, une thérapeutique bénéficiant des avantages de la profession sans pouvoir revendiquer ses propres intérêts : un fragment plus qu'un segment ; tolérée plus qu'intégrée.

## L'institution médicale (1960-1990)

Avec le décès du D<sup>r</sup> de la Fuÿe, s'ouvre une nouvelle période : à la fois celle de la grande scission idéologique qui va opposer durablement traditionalistes et scientistes, et celle du grand rassemblement institutionnel qui va aboutir à la création du DIU d'acupuncture. Ces transformations du paysage de l'acupuncture ne sont pas la conséquence exclusive d'une disparition individuelle : des facteurs idéologiques, politiques et sociaux les déterminent.

### *Scission et rassemblement*

#### La grande scission idéologique

De la Fuÿe était farouchement opposé à la théorie des cinq éléments qui arrivait en France dans les années 1950, en particulier par l'intermédiaire du D<sup>r</sup> Chamfrault [14]. Pour lui, seul le *yin-yang* avait force de loi. Mais avec sa disparition, l'intérêt pour la médecine traditionnelle extrême-orientale va s'accroître, jusqu'à un revirement institutionnel, puisque le D<sup>r</sup> Chamfrault prendra la présidence de l'AFA (nouvelle SFA) en 1966. C'est l'essor de l'acupuncture traditionnelle, marquée par la collaboration entre les D<sup>rs</sup> Albert Chamfrault et Nguyen Van Nghi [15], puis par ce dernier, seul [16], après la disparition prématurée du premier en 1969. Les données s'enrichissent (lois, énergies, systèmes de méridiens), classées en tableaux pathologiques et pathogéniques qui permettent un raisonnement diagnostique et thérapeutique.

L'opposition est inévitable, avec d'un côté, l'acupuncture dite simplifiée de Soulié de Morant, ensemble de points-recettes issu d'une correspondance avec l'homéopathie, accusée d'être réduite à la neurophysiologie occidentale ; de l'autre, l'acupuncture dite traditionnelle représentée par le D<sup>r</sup> Nguyen, se réclamant



des lois de la médecine traditionnelle chinoise. Cette opposition tournera à l'affrontement direct entre les deux maîtres de l'époque, les Drs Niboyet et Nguyen, lors du congrès de la CNAMA en 1970. Niboyet [17] fustige cette multiplication des données qui, loin d'enrichir l'acupuncture, la dirige droit vers le ridicule et la déconsidération ; car, selon lui, toute donnée doit être soumise à l'expérimentation, et non posée comme un dogme, fût-elle d'un médecin asiatique. Au contraire, avec une connaissance approfondie de l'acupuncture traditionnelle à travers les classiques de médecine chinoise (notamment le *Neijing suwen*), le Dr Nguyen [18] pense éclairer ce que Soulié de Morant lui-même avait effleuré (multiplicité des énergies et des méridiens).

### Le grand rassemblement institutionnel

Malgré cette opposition idéologique forte, l'acupuncture française connaîtra pourtant un rassemblement institutionnel sans précédent. En effet, alors que la période 1945-1960 était celle d'une bipolarité (SA/SFA), la nouvelle période sera caractérisée par une multiplication des sociétés d'acupuncture. Aux sociétés parisiennes (ASMAF, ancienne SA ; AFA, ancienne SFA ; OEDA<sup>2</sup>), vont s'ajouter des sociétés régionales comme la SMA<sup>3</sup>, le GLEM<sup>4</sup>, le CLA<sup>5</sup>, l'AFERA<sup>6</sup>, le GERA<sup>7</sup> et la SAA<sup>8</sup>. Toutes ces sociétés (excepté l'ASMAF) vont être rassemblées au sein de la Confédération Nationale des Associations Médicales d'Acupuncture (CNAMA) en 1969. Collaborant avec le SNMAF, cette structure nationale servira d'organe de discussion interne et de représentation externe, c'est-à-dire de négociation avec les instances officielles : Ordre, Université, Pouvoirs publics.

L'initiative sera fructueuse. Pour le statut de l'acupuncture, une «orientation acupuncture» sera suggérée en 1974 (rapport du Dr Carlotti) puis confirmée par le Conseil National de l'Ordre en 1979. Pour le remboursement, les négociations avec la Sécurité sociale aboutiront au passage de K2E à K5 en 1975, puis de K5E à K7 pour les premières séances (au-delà, K5E) en 1982, avant que des abus massifs ne fassent retomber le taux à K6 en 1984. Enfin, pour l'enseignement, aux di-

plômes privés reconnus par la CNAMA, succèdera un Diplôme Inter Universitaire d'acupuncture en 1987, parallèlement à une Formation Médicale Continue des Acupuncteurs de France créée en 1975.

### Les conditions

#### De la scission idéologique

L'explication sociologique immédiate de l'opposition entre l'école Niboyet et l'école Nguyen Van Nghi serait celle d'une lutte de pouvoir : il s'agit, pour la première, de défendre le territoire de l'acupuncture, mais pour la seconde, de le conquérir. Une tradition ancienne (celle de Soulié de Morant) se trouve concurrencée par une tradition nouvelle (celle de Nguyen Van Nghi). Mais cette explication ne vaut que sur le plan institutionnel. Car sur le plan idéologique, Nguyen se réclame d'une tradition ancienne, accusant la tradition Soulié de Morant, à peine âgée de quelques décennies, d'ignorance. Or, Soulié de Morant travaillait lui-même sur des classiques de médecine chinoise<sup>9</sup>. Il s'est donc passé une réorganisation du savoir médical extrême-oriental entre 1930 et 1970 que seule une intervention politique a pu déterminer. Rappelons que le XX<sup>e</sup> siècle est celui de la contestation de l'impérialisme occidental et de la décolonisation. La République démocratique du Vietnam est fondée en 1945 et la République populaire de Chine en 1949. Dans ce mouvement d'émancipation, la médecine devient un terrain d'expression politique. Le recours à la médecine locale tient non seulement à des motivations pratiques (manque de ressources), ainsi qu'à une volonté de contrôler une médecine locale en voie de professionnalisation, mais aussi à une idéologie de renforcement de la fierté nationale en préservant un héritage culturel. C'est ainsi que la médecine locale est profondément réorganisée, formalisée, standardisée selon les normes occidentales [19], sous le slogan de l'union entre médecine chinoise et médecine occidentale [20]. La médecine locale n'apparaît donc sous l'étiquette de la tradition que dans sa confrontation avec la médecine occidentale au XX<sup>e</sup> siècle.

Ainsi, l'opposition entre Niboyet et Nguyen Van Nghi ne peut se limiter à un conflit entre deux fortes per-

sonnalités (explication psychologique), ni à la concurrence entre deux écoles (explication sociologique), mais manifeste l'affrontement entre deux idéologies scientifico-politiques : scientisme et traditionalisme. En effet, en jugeant les nouvelles données irrecevables avant toute expérimentation, Niboyet manifeste un scientisme pour lequel tout ce qui rappelle l'Occident pré-moderne est à exclure de l'attention scientifique. Au contraire, en parlant au nom de la tradition, Nguyen Van Nghi se réclame d'un traditionalisme pour lequel la tradition est un dogme sacré, une vérité révélée de l'Extrême-Orient. Ce que ces idéologies ont de politique, c'est qu'elles défendent chacune un territoire : le scientifique celui de l'Occident, le traditionaliste, celui de l'Extrême-Orient. L'opposition entre acupuncture scientifique et acupuncture traditionaliste est donc l'expression de l'opposition entre orientalisme (infériorité de l'Extrême-Orient) et occidentalisme (infériorité de l'Occident).

### **Du grand rassemblement institutionnel**

En France, cette nouvelle médecine traditionnelle extrême-orientale (popularisée sous le nom de médecine traditionnelle chinoise), trouvera ses conditions de succès dans un phénomène social plus large : celui de la contestation de la société industrielle moderne. Dans le domaine de la santé, cette idéologie sociale va apparaître sous le courant des médecines dites parallèles [21], c'est-à-dire de thérapeutiques en marge de l'institution médicale, dont les deux constantes seront : le rejet des médicaments et l'intérêt pour la psychosomatique. De là, l'explosion de la demande dans les années 1970 et la multiplication des associations d'acupuncture.

D'où la nécessité de réunir ces organismes privés répartis dans toute la France sous une structure nationale commune, capable d'organiser l'acupuncture et de la défendre. La défendre tant sur le plan juridique face aux illégaux, qu'économique face à une Sécurité sociale de plus en plus soumise à une logique financière. L'organiser tant sur le plan de l'enseignement en créant un diplôme confédéral et une formation médicale continue, qu'en constituant un annuaire national des médecins acupuncteurs. Le point d'aboutissement de cette

structuration nationale sera, au début des années 1980, le projet d'intégration universitaire de l'acupuncture.

En réalité, ce projet était inscrit dans la tradition scientifique de Soulié de Morant, poursuivie par Niboyet qui consacrera une thèse sur la moindre résistance à l'électricité du point d'acupuncture [22], et complétée à partir des années 1970 par les travaux du Pr Bossy, notamment sur les correspondances entre acupuncture et réflexothérapie [23]. Le projet était également préparé par des alliances entre le médecin et le politique au niveau local, dans ce que l'on pourrait appeler le Carré du sud (Niboyet - Gaston Defferre - Georgina Dufoix - Bossy), puis à l'échelle nationale, lorsque, nommée Ministre des affaires sociales (1984-1986), G. Dufoix permettra la création d'une Commission Ministérielle pour la reconnaissance de l'acupuncture.

Mais au début des années 1980, cette initiative venue du courant scientifique (Niboyet, Bossy) va se heurter à la réticence du courant traditionaliste, pour deux raisons : l'une économique, puisque les associations d'acupuncture sont des structures d'enseignement privées dont il faut préserver le commerce ; l'autre idéologique, le risque étant de réduire l'acupuncture à une simple réflexothérapie. Le processus de négociation sera cependant facilité lorsque le Pr Bossy prendra la présidence de la Commission Ministérielle après le décès de Niboyet : à la logique d'affrontement de son prédécesseur, le Pr Bossy substituera le dialogue, tant dans les négociations internes entre les acupuncteurs que dans les négociations externes avec les universitaires<sup>10</sup>. Le DIU d'acupuncture verra le jour en 1987.

Au terme de cette seconde période de réception de l'acupuncture, on peut dire que la réception (l'articulation entre les phases d'introduction, de structuration et d'intégration) a été rendu possible par plusieurs conditions : épistémologiques avec une occidentalisation de l'acupuncture, tant en Extrême-Orient (construction de la MTC) qu'en France (recherches neurophysiologiques et bioélectriques) ; sociologiques avec une facilitation des négociations au sein d'un système de santé de plus en plus complexe ; idéologiques avec l'émergence des médecines dites parallèles. Toutefois, pris à l'envers,

ce processus de réception révèle ses limites, puisque les oppositions idéologiques, tant internes qu'externes, vont constituer un obstacle à l'institutionnalisation et à l'épistémologisation de l'acupuncture en France.

Si on revient à présent sur l'ensemble de la période parcourue (XVII<sup>e</sup> – XX<sup>e</sup> siècles), on voit que l'histoire de la réception de l'acupuncture extrême-orientale dans l'Occident médical (c'est-à-dire l'histoire de leur rapport) correspond à un processus multidimensionnel (idéologique, épistémologique, sociologique, politique) de normalisation de la médecine occidentale, et, corrélativement de marginalisation, voire d'exclusion de l'acupuncture extrême-orientale. On serait alors tenté d'en tirer l'idée que l'opposition entre médecine moderne et médecine traditionnelle est bel et bien

une réalité absolue. Mais ce semblant d'argument ne viendrait que continuer à justifier des postures idéologiques. Car, comme le montre l'analyse de la première période (XVII<sup>e</sup>-XIX<sup>e</sup> siècles), ces deux médecines ne sont pas incompatibles en raison de leurs natures intrinsèques, mais en raison de conditions – idéologiques et politiques notamment – défavorables. L'analyse de la seconde période (XX<sup>e</sup> siècle) le confirme, qui montre la possibilité d'une correspondance entre ces deux médecines. Nous devons donc reconnaître que notre étonnement de départ (comment une médecine traditionnelle a-t-elle pu être intégrée dans une médecine moderne ?) reposait sur une confusion : prendre un phénomène d'exclusion entre deux médecines pour une incompatibilité de nature.



Ronald Guilloux  
GREPH-IEP Lyon  
✉ ronald.guilloux@univ-lyon2.fr

## Notes

1. «Épistémologique» désigne plus largement tout seuil de formalisation atteint par un savoir, soit un ensemble de règles de corrélation et de vérification. Les domaines concernés ici sont l'expérimentation médicale et la traduction sinologique.
2. Organisation pour l'Etude et le Développement de l'Acupuncture créée par le Dr Claude Le Prestre en 1963, à la suite d'une scission au sein de la SFA.
3. Société Méditerranéenne d'Acupuncture créée par le Dr JEH Niboyet en 1955.
4. Groupe Lyonnais d'Etudes Médical créé par le Dr Paul Nogier en 1966.
5. Centre Lyonnais d'Acupuncture créé par le Dr Auguste Nguyen en 1972.
6. Association Française pour l'Etude des Réflexothérapies et de l'Acupuncture créée par le Pr. Jean Bossy en 1975.
7. Groupe d'Etudes et de Recherches en Acupuncture créé par le Dr Nguyen Van Nghi en 1975.
8. Société Aquitaine d'Acupuncture créée par le Dr Pierre Dinouart en 1976.
9. Notamment le *Yixue rumen* (1575) et le *Zhenjiu dacheng* (1601).

10. Bossy J. Entretien : «... quand c'était une réunion avec des universitaires, nous parlions un langage universitaire, quand c'était une réunion avec des traditionalistes, nous parlions un langage traditionaliste. Il fallait faire preuve de diplomatie».

## Références

1. Soulié de Morant G. L'acupuncture chinoise (avril 1932). In: Acupuncture (Communications 1929-1951). Paris: Guy Trédaniel; 1979.
2. Soulié de Morant G. Précis de la vraie Acupuncture chinoise. Doctrine – Diagnostic – Thérapeutique. Paris: Mercure de France; 1947.
3. Foucault M. Les mots et les choses. Paris: Gallimard; 1966.
4. Lafont JL. Emergence. Origine et évolution de l'acupuncture dans le Classique de l'Interne. Bruxelles: SATAS; 2001.
5. Eckman P. In the footsteps of the Yellow Emperor: tracing the history of traditional acupuncture. San Francisco: Cypress Book; 1996.
6. Gernet J. Le monde chinois. 2<sup>e</sup> éd. Paris: Armand Colin; 1999.
7. Soulié de Morant G. L'acupuncture chinoise (avril 1932). In: Acupuncture (Communications 1929-1951). Paris: Guy Trédaniel; 1979.
8. Soulié de Morant G. L'acupuncture chinoise. 2<sup>e</sup> éd. Paris: Maloine; 1972.
9. Fuÿe (de La) R. Traité d'acupuncture. La synthèse de l'acupuncture et de l'homéopathie. L'homéosiniatrie diathermique. 2<sup>e</sup> éd. Paris: Le François; 1956.
10. Cf. Strauss A. La dynamique des professions. In: La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme. Paris: L'Harmattan; 1992.
11. Hassenteufel P. Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne. Paris: Presses de Sciences Po; 1997.
12. Informations. La commission de la nomenclature. RIA. 1960;51:42.

13. Statuts de l'acupuncture en France, présentés à l'appréciation de l'Académie de Médecine, de la Faculté de Médecine et des Pouvoirs Publics par le conseil d'administration de la Société Française d'Acupuncture, après délibération du Conseil d'Administration du Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France. 15 janvier 1951.
14. Chamfrault A. Quelques vérités révolutionnaires sur la médecine chinoise. *France-Asie*. 1955. Article reproduit dans le BSA. 1956;19:7-16.
15. Chamfrault A, Nguyen VN. *Traité de médecine chinoise. L'énergétique humaine en médecine chinoise*. Angoulême: Editions Chamfrault; 1969.
16. Nguyen VN. *Pathogénie et Pathologie énergétiques en médecine chinoise. Traitement par Acupuncture et Massages*. Marseille: Don Bosco; 1971.
17. Niboyet JEH. Indications et limites de l'acupuncture. *L'Acupuncture*. 1970;26.
18. Nguyen VN. A propos d'un article... *L'Acupuncture*. 1971;27.
19. Triadou P. Médecine, science et philosophie. *Méridiens*. 1997;109.
20. Scheid V. *Chinese Medicine in Contemporary China. Plurality and Synthesis*. Durham: Duke University Press; 2002.
21. Cf. Laplantine F, Rabeyron PL. *Les médecines parallèles*. Paris: PUF; 1987.
22. Niboyet JEH. *La moindre résistance à l'électricité de surfaces punctiformes et de trajets cutanés concordants avec les points et méridiens base de l'acupuncture [Thèse de Sciences]*. Université de Marseille; 1963.
23. Bossy J. *Bases neurobiologiques des réflexothérapies*. Paris: Masson; 1975.

Emmanuel Escalle

## Grains de sable

**Résumé :** Le texte décrit le chemin parcouru par un scientifique occidental pour pratiquer l'acupuncture dans la pathologie cardiovasculaire. Le sable est le lien analogique qui lui permet d'être opératoire en réunissant les deux approches occidentale et orientale. **Mots-clés :** acupuncture - cœur - *shen* - *xue* - *qi*.

**Summary :** The text describes the path covered by a Western scientist in order to practise acupuncture in cardiovascular pathology. Sand is the analogical link which makes him operative by uniting both the occidental and the oriental approach. **Keywords :** acupuncture - heart - *shen* - *xue* - *qi*.

“La pathologie cardiovasculaire” est un concept occidental et il faut une gymnastique mentale toute particulière pour pouvoir le relier à la conception orientale de la médecine traditionnelle chinoise. Le lien qui m’a permis d’être en même temps en Occident et en Orient, au cœur et aux vaisseaux, dans le passé et dans le présent, est le sable. Il s’agit d’un phénomène, lié à l’érosion des roches qui les transforme en grains, en cristaux de quartz la plupart du temps. La roche dure et solide devient alors mouvante et fluide sans perdre sa spécificité. Un même travail d’érosion s’opère sur le raisonnement scientifique occidental pour pouvoir exercer la médecine chinoise traditionnelle avec un raisonnement fluide et meuble.

Notre formation scientifique universitaire nous a appris à découper l’espace et le temps, pour reproduire le discontinu. C’est le carré, avec ses quatre ruptures d’angle, qui symbolise le mieux cette façon de nous approprier mentalement notre nature terre. Les Docteurs en médecine, sortis carrés de leur université font travailler leur hémisphère droit pour apprendre l’acupuncture avec leur hémisphère gauche. Ils y passeront, pour les persévérants, trois ans à l’apprendre, trois ans à la désapprendre et trois ans à comprendre. C’est alors que quelque chose change, que le carré s’érode en perdant un de ses sommets, pour devenir triangle. Il perd le pôle de la certitude. Cette perte du pôle de la certitude fera dire au scientifique triangulaire “ *je vois cette table stable* »

alors que le scientifique carré disait auparavant “ *cette table est stable* ».

Si ces scientifiques occidentaux se sont tournés vers la médecine chinoise, c’est parce que leur science est fondée, même lorsqu’elle s’occupe du vivant, sur la distinction du sujet et de l’objet afin de la rendre reproductible. Même lorsqu’elle y inclut l’observateur comme paramètre modifiant le phénomène observé, la science s’attache à l’objet et non au sujet. Par contre, en plaçant l’être humain au centre du phénomène interactif ciel/terre, la médecine chinoise et sa pensée intrinsèque deviennent une science du sujet, très attrayante pour ceux qui s’intéressent plus au sujet qu’est l’être humain qu’à l’homme qui est objet de médecine.

Pendant neuf ans, ces scientifiques, apprentis acupuncteurs, avaient essayé de faire coïncider un carré occidental avec un cercle oriental, comme l’avait déjà fait avant eux Da Vinci, en le mettant dedans, en le mettant dehors, en dédoublant le centre... Peine perdue, le schéma est resté cartésien, structurellement occidental. C’est la perte du pôle de la certitude, qui permet au ternaire de devenir créatif. Le triangle, issu du carré érodé, est un retour en arrière dans l’évolution des états, tout comme la roche devenue sable permet au solide de redevenir fluide.

Chacun a déjà utilisé le sable pour s’approprier le temps, au moins pour la cuisson de son œuf à la coque avec un sablier. Chacun a déjà utilisé le sable pour s’approprier l’espace, au moins en construisant son



château, ou bien en traçant une empreinte de son pas sur le sable mouillé. Le médecin carré universitaire, qui aborde le concept de la pathologie cardiovasculaire, le fait avec un raisonnement à base quatre, basé sur l'anatomie, la physique, la chimie et la biologie. Le même, devenu sablonneux, abordera ce concept avec la médecine traditionnelle chinoise (MTC) par un raisonnement à base trois appuyé sur l'anatomie, la physiologie et l'énergétique, ce qui lui permet d'appréhender le système cardiovasculaire avec le trépied : structure, fonction et mouvement. Ce ternaire se développe à l'étage central de l'homme, dans la relation et dans l'acte médical, entre un médecin qui est le ciel du patient et un malade qui est la terre du médecin. Notre universitaire sablonneux ne peut concevoir la pathologie qu'à partir d'une normalité. Ce qui est normal est droit, juste, sain, correct, authentique au sens de la rectitude de *zheng* (正) vertical sur horizontal, orthonormé. L'étymologie du caractère signifie : s'arrêter à la juste limite [1].

Qui définit la limite ? Qui définit la frontière entre le normal et le pathologique ? Le médecin, au ciel de sa connaissance ? Le patient, à la terre de ses sensations corporelles ? L'Homme, dans la consultation qui les réunit à deux ?

La place de l'homme est au centre. Il est en perpétuel mouvement autour de ce centre sous l'action du ciel et de la terre. Tant qu'il peut y revenir par ses propres moyens, il est *zheng*. Dès qu'il franchit la limite de son propre équilibre et qu'il ne peut plus revenir au centre par lui-même, il devient a-normal et la pathologie commence. Le sujet, se percevant pathologique, peut consulter alors un médecin qui agit à partir d'un modèle dans lequel matériel et immatériel ne sont pas dichotomisés. Le modèle de ce médecin peut se représenter par un cercle dont la courbe fermée en périphérie est le symbole d'un espace continu et d'un temps cyclique, et dont le centre est le symbole de l'unité, projection sur notre plan terrestre de n'importe quel sommet d'un cône céleste. C'est ce cercle oriental que l'apprenti acupuncteur avait essayé naguère de faire coïncider avec le carré

occidental. Mais aujourd'hui où le cœur est au centre [2], notre praticien non sinologue, consulte la littérature chinoise moderne dans ses traductions à la recherche de ce qui est dit de la pathologie du cœur et des vaisseaux. Il s'attend, en bon cartésien, à retrouver les règles de base de sa formation qui était de « *chasser le nocif, fortifier l'énergie en activant le sang* » [3], mais il se retrouve confronté à un autre sable.

Un phénomène d'érosion comparable à celui qui s'était produit chez l'occidental s'est aussi effectué chez l'oriental, mais ici à partir d'un cercle. La courbe harmonieuse, normalement équidistante d'un centre, se retrouve être, aujourd'hui, une figure anguleuse, à nombreuses facettes et tableaux cliniques, destinés à refléter dans chacun d'eux la nosographie et les descriptions cliniques occidentales [4]. C'est un peu comme si le centre s'était déplacé à l'Ouest. Il trouve donc dans la littérature des tableaux de vide de *qi* et de vide de *qi* du cœur, des tableaux de vide de *yang* du cœur et de fin du *yang* du cœur, des tableaux de vide de *sang* du cœur et de vide de *jin* du cœur en ce qui concerne la pathologie cardiaque en général. Il trouve aussi des tableaux d'insuffisance de *sang*, de vide de *yang* de rate, des tableaux de cœur et reins n'échangeant pas, pour les troubles du rythme.

Il trouve également des tableaux de stase de *qi* et de *sang* avec obstruction des vaisseaux du cœur ou avec obstruction de glaires, des tableaux de vide de *jin* du foie et des reins, d'insuffisance de *jin* et de *qi* du cœur, de vide de *yang* du cœur et reins en ce qui concerne les pathologies coronariennes.

Il n'a pas oublié qu'à l'origine de tous ces tableaux, il y a toujours un pervers externe (vent, froid, humidité) ou interne (alimentaire, émotionnel) sur une faiblesse du *yang* des reins et du *zongqi* [5]. Mais il trouve aussi un château, parmi tous les autres châteaux de sable, construit par le Dr Phat Pham Hoang [6] qui lui a paru remporter le concours, car il a fait reposer sa construction sur les reins. Voici ci-après la photo de son oeuvre qui remporte le premier prix (figure 1).

Non content de présenter son château, il cite aussi ses sources (tableau 1).



Il construit la structure avec un contenant vide, une cavité cardiaque au centre (un organe qui n'est pas plein) et un circuit vasculaire en huit en périphérie (une entraille curieuse ne pouvant être vide).

La fonction d'assurer la distribution du contenu pour la nutrition de l'interne, est possible par la polarité centripète et centrifuge du centre, donnant en périphérie les deux aspects du sang bleu et rouge. Structure vide et fonction pleine sont bien évidemment tout aussi indissociables que le *yin* et le *yang* ou que le contenant et le contenu. L'interaction entre les deux se traduit de façon visible par la propagation de l'ondée sanguine, qui sera la base de la prise des pouls et de l'écoute stéthoscopique, et de façon invisible par une information en mouvement appelée *qi*. Le *qi*, assurant les relations entre centre et périphérie, ou entre structure et fonction, a un mouvement invisible central dans *shoushaoyin* et dans les grands *luo* d'estomac/rate déplaçant le *zongqi* par *xuli* « la structure interne du vide » et *dabao* « l'enveloppe du grand », mais aussi un mouvement invisible périphérique dans *shoujueyin* réalisant la fonction mouvante de « maître de cérémonie » du cœur [10].

C'est donc avec du sable jaune et du sable blanc qu'il va par un raisonnement analogique et inductif relier structure, centre et *shen* d'une part, fonction, périphérie et *xue* d'autre part, ainsi que mouvement, relation et *qi*. Ce trépied organo-physiologico-énergétique qui donne la possibilité d'aborder le patient qui lui présente son cœur, par l'organe, la circulation ou la relation. Le patient sachant intuitivement où se trouve la cause de ses symptômes, de simples questions orientent vers la structure, la fonction ou la relation : « Est-ce que c'est la pompe qui a besoin d'une révision ? Est-ce que ça ne tourne pas rond quelque part ? Est-ce que c'est difficile avec ce qui vous entoure ? ».

Cela oriente aussi vers les points à piquer ou à moxer pour mettre en mouvement le *qi*, vers le centre ou la périphérie, afin d'aider le patient à relier son corps avec l'immatériel qui le centre, ou bien sa fonction avec sa structure. Le choix des points est donc autant déductif qu'inductif. Si la traditionnelle dialectique

« sang/énergie » est fonctionnelle, la dialectique « *shen*/énergie » est, elle, structurelle. Si la cause de la pathologie est dans la structure, on agira sur la fonction. Si la cause est fonctionnelle, on agira sur la structure. Quand il y a défaut de relation ou d'interaction entre les deux, on agira sur le mouvement (tableau 2).

**Tableau 2 :** propositions thérapeutiques.

	<i>Shen</i> Structure	<i>Xue</i> Fonction	<i>Qi</i> Mouvement
<b>Centre</b>	15V (t) 5C (t)	17V (t) 17VC (mx)	40E (d) 21Rt (d)
<b>Périphérie</b>	14V (t) 7MC (d)	20V (t) 14VC(d)	36E (t) 6MC (d)
<b>Relation</b>	20VG (d) 7C (t)	23V (t) 4MC (d)	26VG (d) 6VC (mx)

Les propriétés de ces points sont données par la tradition [11] :

- A propos du centre : 15V (t) tonifie le *qi*, nourrit le *yin* et le *sang* du cœur, 5C (t) tonifie le *qi* et le *sang* du cœur, calme le *shen*, 17V (t) nourrit le *sang*, 17VC (mx) active le *qi*, désobstrue les *luo* du cœur, 40E (d) dissout les glaires, fait circuler le centre, 21Rt (d) fait circuler le centre, harmonise toutes les directions.

- A propos de la périphérie : 14V (t) harmonise MC, 7MC (d) clarifie le cœur, calme le *shen*, désobstrue les *luo*, 20V (t) renforce la rate, augmente le *qi*, tonifie le *yang* de rate, 14VC (d) mobilise le *qi*, active le sang du cœur, 36E (t) renforce rate/estomac, tonifie le centre et le *qi*, 6MC (d) régularise le *qi*, disperse les stagnations, calme le *shen*.

- A propos de la relation : 20VG (d) calme le *shen*, abaisse le *yang*, 7C (d) clarifie le cœur, ouvre les orifices, calme le *shen*, désobstrue les *luo* du cœur, 23V (t) tonifie le *qi* et le *yin* des reins, augmente le *jing*, 4MC (d) régularise le cœur, 26VG (d) réveille le *shen*, 6VC (mx) tonifie *yuanqi*, augmente et élève le *qi*.

C'est donc avec une tête ensablée que notre acupuncteur utilise le métal pour pénétrer le corps de son patient là où cela influe, l'incitant par là-même à se réorganiser et à retrouver la fluidité intrinsèque de son centre [12]. Le sable est un solide fluide qui s'écoule. Lorsque grains jaunes et grains blancs

s'entrechoquent dans la confrontation des cultures, les arêtes se polissent, les faces s'arrondissent et les sommets s'émoussent. Les grains deviennent sphériques facilitant leur écoulement au travers de l'aiguille pour aller vers le centre (c'est tonifier) ou aller vers la périphérie (c'est disperser). Mais où est le centre ? Où est la périphérie ?

Lorsqu'un praticien est centré, la relation qui s'instaure avec le patient est aussi centrée, que cette relation soit bimétallique, ciel/terre, *yin/yang*, *biao/li*, eau/feu ou autre. Y aurait-il un centre commun à tous les êtres humains qui soit thérapeutique ? Y aurait-il un point, sommet d'un cône d'information, qui se projette au centre de notre cercle relationnel terrestre ? Un grain de sable, des jaunes et des blancs, un cercle de sable, ce n'est pas le *Dao*. Mais l'eau qui érode la roche, le carré, le cercle, le ternaire, l'eau qui infiltre la dualité et qui fait tenir debout des châteaux de sable, l'eau qui prend la forme d'une goutte ou bien d'un océan, l'eau nous place bien au cœur du chemin.



D<sup>r</sup> Emmanuel Escalle

16 rue de la Paix

74100 Annemasse

☎ 04 50 95 56 05 ☎ 04 50 95 56 05

✉ emmanuel.escalle@wanadoo.fr

#### Références

1. RyjikK L'idiot chinois T1. Paris: Payot; 1983.
2. Escalle E. Le singulier-pluriel d'une consultation d'acupuncture. 4<sup>ème</sup> Congrès Faformec. Nantes: 2000.
3. Dubois J.C. Traitement des douleurs de la poitrine en médecine chinoise. Méridiens:1985; 71-72.
4. Bourdel C. Affections cardiovasculaires. Encyclopédie des médecines naturelles. Paris: Editions Techniques; 1990.
5. Hawawini R. Douleur du cœur au sein des douleurs thoraciques. 3<sup>ème</sup> Congrès Faformec. Paris: 1999.
6. Phat Pham Hoang. Introduction à la cardiologie en MTC. Folia sinotherapeutica. 1991;8.
7. Ross J. Organes et Entrailles en MTC. Valenciennes: France-Médic; 1989.
8. Auteroche B, Navailh P. Le diagnostic en médecine chinoise. Paris: Maloine; 1983.
9. Fundamentals of chinese medicine. Jinan: Shandong scientific publishing house; 1978.
10. Oury C. Communication personnelle. Lyon: 2001.
11. Sionneau P. Les points essentiels. Paris: Trédaniel; 2000.
12. Javary C. Yi Jing. Paris: Albin Michel; 2002.

*Jean-François Borsarello*

## Médecine chinoise et astronomie.

**Résumé :** Les « points ouverts » aux résultats spectaculaires et calculés en fonction des événements biochronologiques et bioclimatologiques de la Chine, il y a 3000 ans ne sont plus accessibles de nos jours. Les variations astronomiques de la terre et de la lune, la pollution et l'effet de serre en sont la cause, car le « ciel » des Chinois antiques, les constellations et les planètes n'ont pas changé. Il est donc devenu fort difficile de calculer le « point de l'heure » et il faut se livrer à des observations locales et se fier au climat ambiant. **Mots-clés :** points ouverts - astronomie - médecine chinoise - chronoacupuncture.

**Summary:** The « opened points » with spectacular results and calculated according to the biochronological and bioclimatological events of China, 3000 years ago are not accessible any more nowadays. The astronomical variations of the earth and the moon, the pollution and the greenhouse effect are the cause, because the « sky » of the antique Chinese, the constellations and the planets did not change. Thus, it became very difficult to calculate « an hour » and it is necessary to study local observations and to trust the surrounding climate.

**Keywords:** opened points - astronomy - Chinese medicine - chronoacupuncture.

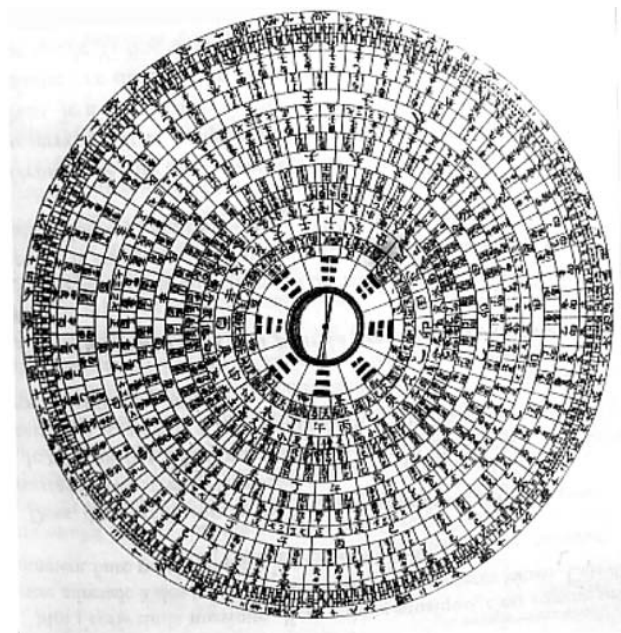
Les textes chinois traitant de la médecine, bien traduits et interprétés par des spécialistes sinologues et médecins, font état de moyens thérapeutiques pratiqués déjà il y a plus de 3000 ans et qui tiennent compte de certains biorythmes associés à la bioclimatologie [1-10].

Ces systèmes de traitement permettaient une amélioration tout à fait remarquable des effets de la piqûre de points privilégiés choisis pour agir un jour donné et même à une heure donnée, points que l'on appelait « ouverts »<sup>1</sup>.

L'application de ces calculs, grâce à des abaques publiés par les Chinois et les Japonais, puis en se servant de calculateurs très spécifiques analogues à ceux de la boussole géomantique (figure 1) n'a malheureusement pas abouti aux résultats spectaculaires, immédiats et durables de ces points pourtant soigneusement calculés. Des centaines de confrères, contactés dans les réunions, les congrès, ont tous été formels, les systèmes thérapeutiques des médecins chinois antiques n'étaient plus applicables ! Mais aujourd'hui nous savons pourquoi...

L'astronomie chinoise n'est pas en cause, elle a été étudiée par de grands noms dans ce domaine depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle, dont le Père Gaubil, Biot, de Saussure, Sédillot,

Whitney et Schlegel. Actuellement le spécialiste en la matière est le Professeur David Elbaz, de l'Observatoire de Paris.

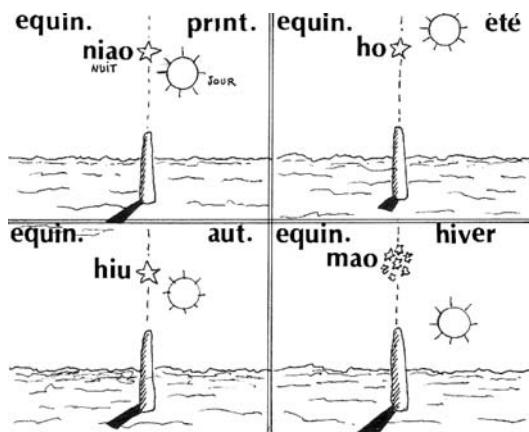


**Figure 1.** Calculateur chinois appelé boussole géomantique à 17 cercles.

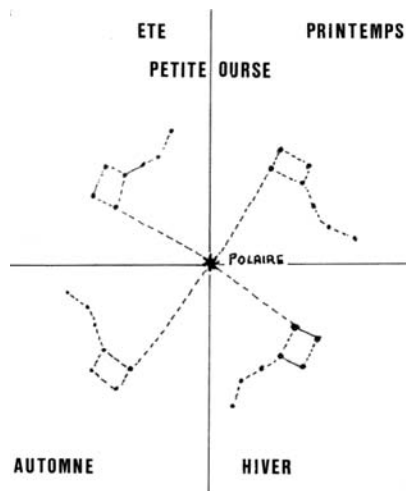
Les astronomes chinois disposaient de moyens très simples pour observer et étudier de jour comme de nuit les étoiles et les planètes visibles à l'œil nu. Le premier



instrument était un simple bâton fiché bien verticalement dans le sol, le « gnomon » qui servait à observer de jour les ombres portées du soleil, en fonction des saisons et des heures. La situation de l'astre solaire donnait aussi approximativement le début des solstices et des équinoxes. De nuit, le gnomon confirmait ces données peu précises par l'observation du passage d'une étoile très lumineuse à la verticale du gnomon<sup>2</sup>. Au printemps, c'était l'étoile *Niao* (cœur de l'hydre), en été l'étoile *Ho* (Antarès), à l'automne *Hui* (épaule du Verseau) et en hiver, l'étoile *Mao* (les pléiades). De nuit, les astronomes chinois se fiaient à la position de la Petite Ourse par rapport à l'étoile polaire fixe autour de laquelle tournent toutes les constellations (figures 2 et 3).



**Figure 2.** Le repérage des équinoxes et des solstices avec le gnomon : de nuit, avec une étoile à la verticale du gnomon et de jour avec la position du soleil et son ombre portée.

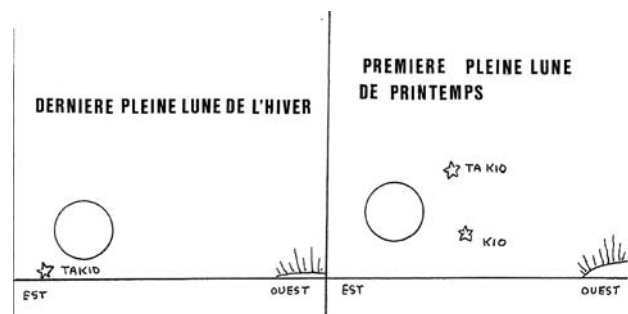


**Figure 3.** Repérage des solstices et des équinoxes, de nuit, grâce à la position de la constellation de la petite ourse par rapport à l'étoile polaire.

L'observation des sorties d'hibernation, de la pousse de certaines plantes, du départ et des retours des oiseaux migrateurs venaient à leur tour confirmer le découpage du temps en 4 saisons de 72 jours et 4 intersaisons de 18 jours, périodes logiques de transition. Ces chiffres donnaient donc la durée d'une année de 360 jours. Avec les 5 saisons base 10 et les 6 « *qi* » mois chinois de 60 jours (base 12), cela formait un calendrier semi lunaire, alors que le nôtre n'est que solaire. Avec  $5 \times 12$  et  $6 \times 10$ , on obtenait le chiffre arithmétiquement nommé « plus petit commun multiple de 60 », durée d'un cycle chinois au bout duquel tous les phénomènes biorythmiques et bioclimatologiques devaient recommencer une série. Ce chiffre de 60 n'est pas un simple calcul conventionnel, car il correspond, actuellement, au plus petit nombre d'années permettant de retrouver la même configuration de Jupiter et de Saturne sur la voûte céleste, base de départ pour un cycle. Comme toutes les planètes ont un cycle plus court, on retrouve donc la configuration de l'ensemble des astres tous les 60 ans<sup>3</sup>.

Les calculs chinois sur les cycles astronomiques antiques sont donc confirmés !

Enfin, les Chinois se rendirent compte que, sur la terre, très souvent, les manifestations printanières précédaient l'équinoxe. Le véritable printemps pouvait se repérer grâce à l'apparition, sur la bordure de la première lune de printemps, de deux étoiles, *Kio* (Arcturus) et *Ta Kio* (Épi de la Vierge), seul moment de l'année où ces deux étoiles se trouvaient dans cette position (figure 4).



**Figure 4.** Le repérage du début du printemps grâce aux deux étoiles « les cornes du dragon ». D'après A. Chamfrault, *Traité de Médecine Chinoise*, tome V, éditions Coquemard, Angoulême, 1963 [4].

		TERRE	MÉTAL	EAU	BOIS	FEU	TERRE	MÉTAL	EAU	BOIS	FEU			CHAMFRAULT
		甲	乙	丙	丁	戊	己	庚	辛	壬	癸			1963
		Kia	I	Ping	Ting	Ou	Ki	Keng	Sin	Jen	Koef			
Feu ministériel	Tsé 子	1924 1984		1936 1996		1948 2008		1960 2020		1972 2032		Rat 鼠	CHAO- INN	R C YANG CHAUD
Terre	Tch'ou 丑		1925 1985		1937 1997		1949 2009		1961 2021		1973 2033	Boeuf 牛	TAE- INN	P R YIN HUMIDE
Feu impérial	In 寅	1974 2034		1926 1986		1938 1998		1950 2010		1962 2022		Tigre 虎	CHAO- YANG	VBTR YANG FEU
Métal	Mao 卯		1975 2035		1927 1987		1939 1999		1951 2011		1963 2023	Lièvre 兔	YANG- MING	E GI YANG SEC
Eau	Tch'ien 辰	1964 2024		1976 2036		1928 1988		1940 2000		1952 2012		Dragon 龍	TAE- YANG	IGV YIN FROID
Bois	Sé 巳		1965 2025		1977 2037		1929 1989		1941 2001		1953 2013	Serpent 蛇	TSIUE- INN	FMC YIN VENT INFECTIONS PARASITES
Feu ministériel	Ou 午	1954 2014		1966 2026		1978 2038		1930 1990		1942 2002		Cheval 馬	CHAO- INN	R C YANG CHAUD
Terre	Wei 未		1955 2015		1967 2027		1979 2039		1931 1991		1943 2003	Brebis 羊	TAE- INN	P R YIN HUMIDE
Feu impérial	Chen 申	1944 2004		1956 2016		1968 2028		1980 2040		1932 1992		Singe 猴	CHAO- YANG	VBTR YANG FEU
Métal	Yeu 酉		1945 2005		1957 2017		1969 2029		1934 2044		1933 1993	Poule 雞	YANG- MING	E GI YANG SEC
Eau	Siu 戌	1934 1994		1946 2006		1958 2018		1970 2030		1982 2042		Chien 犬	TAE- YANG	IGV YIN FROID
Bois	Hai 亥		1935 1995		1947 2007		1959 2019		1971 2031		1983 2043	Porc 猪	TSIUE- INN	FMC YIN VENT INFECTIONS PARASITES

**Figure 5.** Le tableau de principe de Chamfrault traduit du chinois. La régularité des climats n'étant plus la même que jadis, il vaut mieux observer le climat annuel, le climat mensuel ambiants au moment de la consultation et intégrer le climat saisonnier avec ces deux données et adapter le climat aux pouls saisonniers des organes. Mais il arrive que l'on tombe sur un climat correspondant à ce tableau.

Comment, dans ces conditions de précision des mesures et d'observation de la nature, les « points ouverts » sont-ils devenus impossibles à retrouver ? En 3000 ans, le « ciel » aurait-il changé ? Le Professeur Elbaz nous dit que rien n'a été modifié depuis et que les étoiles, les planètes, sont toujours à leur place, ce qui est facile à prouver. En 2637 avant notre ère, les Chinois, les Égyptiens et les Perses, dont on possède les « manuscrits » sur des supports divers, ont décrit la position des planètes, visibles à l'oeil nu, Mercure, Vénus, Mars et Saturne, regroupées dans un secteur précis du ciel, c'est-à-dire en « conjonction ». En 1984 (début du 78<sup>e</sup> cycle sexagésimal chinois), ces planètes étaient encore en conjonction.

Ce serait donc la Terre qui aurait changé. On a cru, un moment que ce changement était dû à son aplatissement

aux pôles, du fait de sa rotation depuis des millions d'années. De plus, cet aplatissement avait freiné son temps de rotation et, comme une toupie qui ralentit sa course circulaire, elle s'est inclinée sur son axe. Le Professeur nous dit que cette inclinaison de 0,7 degré n'a provoqué qu'une très légère modification du temps, de l'ordre de 2 à 300 secondes par siècle<sup>4</sup>. Ce phénomène n'est donc pas en cause.

Par contre, notre lune présente maintenant une durée de rotation anarchique, durée qui oscille entre 29 jours 6 heures 26 minutes et 29 jours 20 heures et 6 minutes ! Cette anarchie, due à la combinaison des précessions de l'axe de rotation de la terre et celui de la lune, est, à elle seule, responsable des modifications observées.

Il est donc impossible d'élaborer un calendrier fixe avec des données devenues variables, le nôtre est

conventionnel, adapté à notre mode de vie pour des raisons administratives. Tout calcul effectué avec des calculateurs est devenu obsolète de même que les almanachs et les éphémérides de nos campagnes élaborés pour les plantations et les récoltes... sont périmés.

Il faut, pour confirmer l'origine de ces éléments regrettables, ajouter l'effet de serre et la fonte des glaciers, les voyages intercontinentaux, le travail et les trois huit, d'où les raisins mûrs en avril, ou gelés en juillet, les oiseaux migrateurs qui ne partent pas ou qui reviennent tardivement...

Les Chinois avaient certainement pressenti cet état de choses puisque l'on trouve dans le *Suwen* aux chapitres 9 et 71 des textes qui traitent « des saisons en retard ou en avance » et des points d'acupuncture à piquer pour que l'organe saisonnier (exemple : foie au printemps, poumon à l'automne) puisse s'adapter à cette modification bioclimatologique et assurer ses fonctions.

Faut-il pour cela retourner à « l'aiguillothérapie » de base et se servir de lexiques de points souvent contradictoires avec des résultats peu durables et tardifs ? Faut-il rester toute la vie à appliquer un traitement élémentaire ? Il n'en est rien et notre expérience, tentée pendant vingt ans avec de nombreux élèves, sur d'innombrables patients, montre qu'au lieu de se servir des données antiques devenues fausses, il suffit d'adapter le traitement en fonction du climat ambiant et non pas celui fourni par les textes (figure 5). Le climat ambiant peut s'évaluer en prenant connaissance de la météorologie annuelle, l'arrivée précoce ou tardive de la saison, le climat de la période mensuelle. Selon que le sujet est en excès ou en insuffisance de *yin* ou de *yang*, de son énergie saisonnière appréciée aux cinq poulx accessibles à tous, les « poulx saisonniers », il est déjà possible d'intégrer toutes ces données pour obtenir un meilleur résultat.

La consultation des calculateurs et des abaques antiques peut être encore utile si, par hasard, les conditions coïncident avec le fameux tableau de Chamfrault, toujours valable dans ce cas. Hélas, ces coïncidences sont très rares.

En conclusion, il faut savoir que la médecine chinoise traditionnelle n'est pas la seule à avoir subi les outrages de l'évolution désordonnée des sciences et techniques quelquefois néfastes. L'agriculture, les modes de vie,

l'alimentation, l'élevage des premiers siècles ne sont plus les mêmes et il faudra sans cesse les adapter aux conditions difficiles d'une planète confrontée aux pollutions diverses.

Notre acupuncture mérite mieux que l'implantation de nombreuses aiguilles au cours de nombreuses séances exagérément répétées, sur des points décrits approximativement dans des lexiques discutables.

Amputée d'une grande partie de ses possibilités, la médecine chinoise traditionnelle n'en demeure pas moins un moyen d'agir avec le peu qui nous reste si l'on veut bien l'adapter le mieux possible à notre environnement.



Dr Jean-François Borsarello  
BP 35  
76232 Bois-Guillaume

#### Notes

1. Chapitres 71 à 74 des trois *Suwen* traduits entre 1950 et 1994.
2. Ces étoiles font partie de constellations bien répertoriées.
3. Conférence du professeur David Elbaz à la réunion de la Confédération des Sociétés d'Acupuncture à Paris en 2005.
4. Par contre l'étoile polaire n'indique plus tout à fait le Nord.

#### Références

1. Borsarello J. Manuel Clinique d'Acupuncture Traditionnelle, Masson, Paris, 1981.
2. Borsarello J. Traité d'Acupuncture, Masson, Paris, 2005.
3. Brusselars G. Cinq Études Fondamentales d'Acupuncture Chinoise Traditionnelle, Nice, 1978.
4. Chamfrault A. Traité de Médecine Chinoise. Tome V, Astrologie Chinoise, Coquemard, Angoulême, 1954-1963.
5. Duron A, Laville Méry Ch, Borsarello J. Bioénergétique et Médecine Chinoise, 3 tomes, Maisonneuve, Moulins les Metz, 1972-1978.
6. Lavier J. Les Bases Traditionnelles de la Médecine Chinoise, Maloine, Paris, 1964.
7. Liansheng Wu N, Qi Wu A. Yellow Emperor's Canon of Internal Medicine, China Science and Technology Press, 1997.
8. Mussat M. Les Mouvements d'Énergie en Acupuncture, Maloine, Paris, 1973.
9. Nguyen Van Nghi. Pathologie et Pathogénie Énergétiques en Médecine Chinoise, Dom Bosco, Marseille, 1971.
10. Saussure L. (de) Les Origines de l'Astronomie Chinoise, Cheng Weng publishing C° Taipei, Taiwan, 1967.

Jean-Louis Lafont

## Recherche sur le sens et la traduction de *zheng*

**Résumé.** La traduction des termes techniques de la MTC en français, et d'une façon plus large dans n'importe quelle langue occidentale, pose de réelles difficultés, compte tenu de la particularité de la langue et de l'écriture chinoises. La multiplicité des traductions possibles représente un obstacle qui décourage tout essai de standardisation. Cependant il paraît souhaitable, si l'on veut communiquer efficacement entre spécialistes, d'harmoniser le langage technique qui est avant tout un outil de communication, et ceci sans altérer ou réduire le contenu sémantique du terme chinois. Cet article pose ce problème en prenant l'exemple du terme *zheng*, traduit habituellement par *syndrome*. L'auteur réfute cette traduction et propose de traduire *zheng* par *signes cliniques* en exposant une méthodologie qui pourrait être étendue à la traduction de l'ensemble des termes techniques de la MTC. **Mots clés :** termes techniques de la MTC - *zheng* - syndrome - symptôme - signe clinique.

**Summary:** In the light of the characteristics of the Chinese language and writing, real problems are encountered in translating in French, or in any western language, the technical terms of TCM. The many conceivable translations hinder any attempt in standardization. Nevertheless, in order to enhance communication between specialists and without modifying or reducing the semantic content, it seems desirable to harmonize the technical terms, which are above all a communication tool. The author raises here this problem with the example of the term *zheng*, usually translated by *syndrome*. The author disproves this translation and suggests instead the expression clinical signs; for that, he puts forward a methodology that could be extended to the translation of all the technical terms of TCM. **Keywords:** *zheng* - syndrome - symptom - clinical signs.

Cet article fait suite à celui de J. Nguyen « *Existe-t-il des tableaux cliniques sans cliniques ?* » [1] auquel j'ai répondu par « *Réponses à « Des tableaux cliniques sans clinique »* » [2], auquel P. Dinouart a répondu par « *Traduction des termes de MTC : diagnostics d'après Xie Zhufan* » [3] et par « *Réponses à des tableaux cliniques sans cliniques* » [4].

### Position du problème

D'abord je voudrais répondre à une question que doivent se poser probablement certains lecteurs : pourquoi tant de bruit à propos d'un terme technique (*zheng* en l'occurrence) que tout le monde, ou presque, traduit par syndrome sans aucun état d'âme ?

Parce que je pense que derrière chaque mot que l'on utilise il y a une idée. Le mot étant la représentation d'une idée il paraît souhaitable, si l'on veut communiquer efficacement au niveau des idées, que l'on ait un minimum d'accord sur le sens des termes techniques que nous utilisons dans le langage de notre spécialité. Il ne s'agit pas d'uniformiser la pensée il s'agit simplement

de standardiser un langage commun entre spécialistes afin que le même terme technique recouvre le même contenu sémantique. La tâche est peut-être ambitieuse et en fait n'intéresse pas grand monde. Après l'avoir proposée au cours de conférences dans diverses associations de la FAFORMEC, je me suis rendu compte qu'au nom de la diversité, bon nombre d'acupuncteurs se réfugiaient dans leurs certitudes. C'est qu'ils confondent la diversité qui est un phénomène spontané de la vie et qu'il serait vain de vouloir uniformiser et le langage qui est avant tout, ici, un outil de communication et qu'il serait souhaitable d'harmoniser.

Il s'agit donc, d'une façon générale, de trouver une traduction *ad hoc* aux termes techniques de la médecine chinoise que nous utilisons tous les jours dans notre pratique et avec lesquels nous échangeons dans nos réunions. Afin de bien poser le problème je relèverai 5 propos de Xie Zhufan [3-5] sur le terme *zheng*.

1. « *Un des plus formidables obstacles dans la standardisation des termes de la MTC est la détermination de l'équivalent de zheng* ».



2. « Comme équivalent de zheng aucun mot français n'est exactement approprié ».
3. « Le mot syndrome ne peut refléter complètement l'aspect caractéristique du concept de zheng ».
4. « De toute façon, ni syndrome, ni tableau ne peuvent refléter toute l'image de zheng ».
5. « En réalité tout mot français utilisé dans la description de la médecine chinoise doit être appréhendé à la lumière de la médecine chinoise ».

De la part d'un médecin chinois contemporain, qui s'est penché sur la question et qui cherche le mot adéquat pour traduire le contenu sémantique du terme technique chinois, ces remarques ne peuvent pas ne pas nous interpeller.

### Proposition de méthodologie

Pour se développer chaque science, chaque technique et, plus largement, chaque activité humaine, à besoin d'un réservoir de termes techniques. Ces termes sont :

1. soit empruntés au langage courant et prennent alors un nouveau sens par l'usage technique qui en est fait,
2. soit créés de toutes pièces pour les besoins du moment.

La démarche du premier type est celle qui a été utilisée préférentiellement par la Chine compte tenu des caractéristiques de la pensée, de la langue et de l'écriture chinoise. La plupart des termes techniques de l'acupuncture sont des emprunts au langage courant qui prennent un sens particulier lorsqu'ils sont utilisés dans un contexte médical. Par ex : *a*) le sens premier de *zheng* est « témoignage » dans le langage courant, *b*) le terme technique *jing* que l'on traduit en français par *méridien* a comme sens premier dans le langage courant : le fil de chaîne du métier à tisser.

La démarche du deuxième type, par contre, caractérise les termes techniques de la médecine occidentale dont la plupart sont des mots créés pour les besoins du moment à partir de racines grecques ou latines dont on peut repérer dans les textes médicaux l'apparition à une époque relativement précise.

Ces deux démarches, fondamentalement différentes, permettent d'entrevoir les difficultés à venir lorsqu'il

va falloir traduire un terme technique de la médecine chinoise par un terme apparemment équivalent de la médecine occidentale. Les propos de Xie Zhufan sont sans ambiguïté à cet égard :

- « aucun mot français n'est exactement approprié pour traduire le terme technique chinois » ;
- « tout mot français utilisé dans la description de la MTC doit être appréhendé à la lumière de la médecine chinoise ».

Si l'on est d'accord sur ces deux propositions notre recherche d'une traduction du terme *zheng* peut se conduire selon 3 hypothèses :

1. soit ne pas traduire le terme chinois et le conserver tel quel,
2. soit créer un mot français qui réponde au sens du terme technique chinois,
3. soit utiliser un mot déjà existant en français et lui donner éventuellement un sens particulier qui recouvre la signification du terme technique chinois.

Je propose que l'on explore ces trois démarches à la recherche d'une traduction convenable du terme *zheng*. Mais auparavant essayons de cerner le contenu sémantique de ce terme.

### Contenu sémantique du terme *zheng*

#### *Dans l'Antiquité*

D'après l'ouvrage de Xie Zhufan [5] et l'article de P. Dinouart [3], le terme médical *zheng* est un emprunt au langage courant, dont le sens initial est « témoignage ». Le premier auteur qui a utilisé ce terme est Zhang Zhongjing dans le *Shang han lun*. Xie Zhufan souligne que, bien que le terme *zheng* soit utilisé dans la même phrase avec des sens différents, Zhang Zhongjing fait une distinction formelle entre *bing* – la maladie ; *mai* – les aspects du pouls ; *zheng* – les signes cliniques. Ainsi les titres de chacun des chapitres de son ouvrage se traduisent : « *Le pouls (mai), les signes cliniques (zheng) de la maladie (bing) de...* ».

On voit par cette citation que la première utilisation de *zheng* dans un contexte médical diffère de l'utilisation qui en est faite aujourd'hui. Xie Zhufan souligne d'ailleurs : « *Il faut noter que le terme chinois zheng a subi des tas de changements.* »



## Aujourd'hui

Reprenons l'exemple du feu du Foie comme nous l'avions exposé précédemment [2].

Cette entité clinique comprend [6]:

- céphalées, vertiges, acouphènes, surdité, visage et yeux rouges, bouche amère, gorge sèche, douleurs cuisantes des flancs
- énervement, irritation, folie
- insomnie, nombreux cauchemars
- parfois épistaxis, hématomatose, crachats sanguinolents
- constipation, urines jaune foncé
- langue rouge, enduit lingual jaune
- pouls en corde, rapide.

Sur le plan de l'étiopathogénie le feu du Foie est dû à la stagnation prolongée et aux nouures du *qi* du Foie qui se transforment en feu.

Si on analyse le contenu de ce *zheng*, il comprend :

- une liste de symptômes cliniques exposés par le malade : céphalées, vertige, acouphènes, etc..
  - une liste de signes cliniques recueillis par le médecin par l'inspection du teint, l'inspection de la langue et la palpation du pouls,
- enfin l'anamnèse, par l'interrogatoire, permet de mettre en évidence les signes cliniques préalables d'une stagnation prolongée du *qi* du Foie qui s'est transformée en feu.

## Discussion

Une première constatation s'impose : le sens de *zheng* a changé profondément entre l'Antiquité et le XX<sup>e</sup> siècle. Si Zhang Zhongjing attribuait à *zheng* un sens restreint – les signes cliniques – bien distinct des signes du pouls, et de la maladie, aujourd'hui *zheng* est un ensemble plus vaste qui comprend : des signes et des symptômes cliniques, une cause précise et un nom caractéristique spécifique puisque cette entité est dénommée de façon univoque : *ganhuo shangyan* (le feu du Foie enflamme le haut).

## Recherche d'une traduction

### 1<sup>re</sup> hypothèse : Ne pas traduire le terme zheng

Pourquoi pas ? Après tout on ne traduit pas *yin yang* et on a bien raison car aucune traduction ne paraît

convenable. Cependant *yin yang* reste l'exception qui confirme la règle, tous les autres termes techniques de la MTC ont reçu, depuis maintenant presque un siècle, une ou plusieurs traductions en français plus ou moins acceptables sur le plan de l'idée, plus ou moins acceptées sur le plan de l'usage.

### 2<sup>e</sup> hypothèse : Créer un mot français

Créer un mot français qui réponde au sens du terme technique chinois. Cette démarche a déjà été tentée par certains auteurs. Lavier dans certains de ces ouvrages parle de *péridromie* et d'*allodromie* pour désigner les vaisseaux – méridiens et les vaisseaux extraordinaires. Dans un autre type de démarche Porkert [7], dans le but de pouvoir communiquer entre pays occidentaux, a préconisé l'usage du latin pour la traduction des termes techniques. Ainsi par exemple le méridien - *jing* est dénommé par cet auteur : *sinarteria*. Cette tentative n'a pas eu d'écho dans le milieu des acupuncteurs en Occident, à notre avis pour plusieurs raisons :

- la première est que le latin n'est guère étudié par les générations actuelles de médecins et on n'est plus dans l'Europe du Moyen – Age et de la Renaissance où le latin était la langue internationale des savants,
- cette démarche introduit en pratique une réelle difficulté supplémentaire de « saisie du sens » par l'usage d'une langue morte qui n'est plus utilisée de nos jours que dans certains contextes liturgiques,
- par ailleurs certaines propositions de Porkert nous paraissent très discutables. Dans le cas du terme *jing* - méridien le terme *sinarteria* qu'il propose comme équivalent se traduirait : *l'artère chinoise* ou à la rigueur *le vaisseau chinois*. On est loin du fil de chaîne du métier à tisser qui est le sens premier de *jing*.

Les tentatives dans ce sens ne nous paraissant ni heureuses, ni fructueuses envisageons la 3<sup>e</sup> hypothèse.

### 3<sup>e</sup> hypothèse : Utiliser un mot déjà existant

Pour traduire *zheng* deux mots ont été utilisés : syndrome, symptôme. Avant d'envisager d'utiliser un de ces deux mots comme traduction de *zheng* il convient d'abord de définir leurs sens dans notre propre langue.

## Sens de syndrome

### 1<sup>re</sup> définition

D'après : *La grande aventure du terme médical. Filiations et valeurs actuelles* ». Bossy (J), 1999, [8]

« Un syndrome (du grec syndromê concours) est la réunion de symptômes qui se produisent en même temps, constituant une entité clinique définissable, mais dont son origine n'est en général pas spécifique ou non connue, par exemple le syndrome pyramidal, le syndrome prémenstruel ».

### 2<sup>e</sup> définition

D'après : *Le grand Robert* cité par P. Dinouart [4]

« Syndrome. Association de plusieurs symptômes, signes ou anomalies constituant une entité clinique reconnaissable, soit par l'uniformité de l'association de manifestations morbides, soit par le fait qu'elle traduit l'atteinte d'un organe ou d'un système bien défini. »

P. Dinouart commente : « (cette définition) me paraît plus conforme à l'idée que je me suis toujours faite du sens de ce terme. [...] Je conteste le "qui se produisent en même temps" (de la 1<sup>o</sup> définition de J. Bossy) ».

A ce point de vue de P. Dinouart je répondrai :

- a. que « uniformité de l'association des manifestations morbides » me laisse penser que « l'association des signes n'a qu'une forme » et je l'interprète comme un équivalent de « qui se produisent en même temps »,
- b. que *Le grand Robert* est incontestablement un ouvrage fondamental de référence de la langue française. Mais est-ce qu'un dictionnaire de la langue peut être mis sur le même plan qu'un dictionnaire de la technique ? Je pense que les préoccupations du lettré ne sont pas les préoccupations du médecin. De ce fait, j'estime que la définition d'un dictionnaire de la langue ne peut pas être mise sur le même plan que la définition d'un dictionnaire de la technique et ne nous est d'aucun secours décisif dans notre débat.

### 3<sup>e</sup> définition

D'après : *Dictionnaire français de médecine et de biologie*. Manuila L. et col. 1972 [9]

« Ensemble de signes, de symptômes et de modifications morphologiques, fonctionnelles ou biochimiques de l'organisme, d'apparence a priori disparate mais pouvant être considérés comme constituant une entité :

- 1) soit en raison d'une uniformité dans l'association de signes et symptômes considérés comme fondamentaux - donc de ce fait reconnaissable - et ce en dépit d'une origine obscure (ex. : syndrome de Groenblad-Strandberg),
- 2) soit en raison d'une uniformité dans la pathogénie traduisant l'atteinte d'un organe ou d'un système bien définis, bien que relevant de causes diverses (ex. syndrome extrapyramidal) [...].

1. Le mot syndrome a été utilisé pour la première fois en 1541 dans la traduction en anglais des écrits de Galien, mais il n'est entré dans l'usage médical courant que beaucoup plus récemment

2. Il est souvent difficile et arbitraire, voire impossible, de faire une distinction sémantique entre syndrome et maladie. Deux critères ont été proposés pour la définition du syndrome : la diversité des causes et l'origine indéterminée [...].

La tendance générale, à l'heure actuelle, est de considérer comme syndrome toute entité morbide postulée mais non encore prouvée et dont les caractéristiques ne sont pas encore bien établies. Mais les progrès des connaissances médicales permettent de plus en plus souvent de préciser non seulement les caractéristiques mais aussi les causes des divers états pathologiques, de sorte qu'une entité décrite originellement comme syndrome devrait passer dans la catégorie des maladies, alors qu'en fait elle conserve le nom de syndrome (surtout lorsqu'il s'agit d'une désignation patronymique). [...] Actuellement, une grande confusion règne dans la littérature médicale, une même entité morbide étant considérée tantôt comme un syndrome, tantôt comme une maladie, sans qu'aucune logique, fondée sur la pathologie ou la sémantique, ne dicte le choix. L'usage seul avec ses caprices fait la loi. [...] »

Comme quoi le comportement des médecins qu'ils soient acupuncteurs ou non est identique.

#### 4<sup>e</sup> définition

D'après : *Dictionnaire médical de médecine et biologie*.  
Manuila L et col. 2001 [10]

C'est intéressant sur le plan de l'évolution des idées de voir la définition d'un même terme par le même auteur « 20 ans après ».

*« Ensemble de signes, de symptômes, de lésions, de modifications fonctionnelles ou biochimiques qui d'apparence parfois disparate, forment une entité reconnaissable en raison :*

- *soit de leur association constante*
- *soit d'une cause toujours la même*
- *soit encore parce qu'ils traduisent l'atteinte d'un organe ou d'un système bien définis.*

*Il est souvent difficile et arbitraire d'établir une distinction entre syndrome et maladie. »*

#### 5<sup>e</sup> définition

D'après : *Dictionnaire illustré des termes de médecine*.  
Garnier – Delamare, 2006

*« Réunion d'un groupe de symptômes (ou de signes) qui se produisent en même temps dans un certain nombre de maladies. Puisqu'il peut avoir des origines diverses le syndrome se distingue donc théoriquement de la maladie due (en principe) à une cause spécifique ».*

#### Synthèse sur les définitions du terme syndrome

On peut donc conclure que 3 auteurs de dictionnaires des termes techniques médicaux, aux alentours de l'an 2000, s'accordent sur 3 points à propos du terme *syndrome* :

- ensemble de symptômes (et de signes)
- qui se produisent en même temps (ou d'association constante)
- d'origine diverse ou non connue.

Pour toutes ces raisons *zheng* ne peut être assimilé *stricto sensu* à *syndrome* :

- les signes rassemblés dans le *zheng* ne se produisent pas forcément en même temps, leur association n'est ni obligatoire, ni constante, le *zheng* ne présente pas d'uniformité dans l'association des signes
- l'origine du *zheng* est connue dans les modèles étiologiques utilisés en acupuncture.

Le seul point commun à *zheng* et *syndrome* serait : ensemble de signes (ou de symptômes).

#### Sens de symptôme

Comme on le rappelait un peu plus haut les termes techniques de la médecine occidentale ont été créés dans la plupart des cas, à partir de racines grecques (G) en majorité, ou latines (L). Si bien que l'on a parfois en français médical deux mots, un d'origine grecque l'autre d'origine latine, dont le sens est proche, bien souvent confondus par les médecins eux-mêmes, mais qui ont en fait un contenu sémantique différent. C'est le cas de *symptôme* et de *signe*.

#### 1<sup>re</sup> définition

*« Que ce soit une maladie ou un syndrome les signes et symptômes sont indispensables pour arriver au diagnostic. Ainsi une ascite (askos (G) outre, sac) n'est qu'un symptôme : épanchement de liquides séreux ou séro-hémorragique dans la cavité péritonéale ; en effet son origine peut être variée : hépato-portale, cardiaque, cancéreuse, péritonéale, rénale.*

*Le signe (signum (L) marque) est uniquement objectif alors que le symptôme (syn + peptein (G) arriver avec) peut être objectif ou subjectif.*

*On qualifie d'objectif (objectare (L) exposer, livrer) ce qui repose sur l'observation, ici du médecin ; et de subjectif (subjectus (L) soumis, exposé, qui a donné subjectivus (BL) qui se rapporte au sujet, ce qui est ressenti par le malade et donc ne peut être qu'exposé par lui. » Bossy 1999 [8].*

#### 2<sup>e</sup> définition

*« Symptôme. Toute manifestation spontanée d'une maladie, qu'elle soit perçue subjectivement par le malade lui-même, comme une douleur ou un vertige (symptôme subjectif) ou qu'elle puisse être constatée par un observateur (symptôme objectif) appelé couramment signe. » Manuila 2001 [10].*

#### 3<sup>e</sup> définition

*« Signe. Manifestation de la maladie qui, constatée objectivement par le médecin au cours de son examen,*

*l'aide à préciser le diagnostic (par exemple gros foie, souffle cardiaque). Le signe est distinct du symptôme qui est ressenti subjectivement par le malade et décrit par lui (par exemple : douleur, angoisse).*

*Mais bien souvent signe et symptôme sont considérés comme synonymes et l'on parle de signes physiques (objectifs), de signes fonctionnels (les symptômes) et de signes généraux (fièvre, sueurs, amaigrissement) qui traduisent le retentissement de la maladie sur tout l'organisme. » Garnier-Delamare 2006 [11].*

### Synthèse

On a vu dans les définitions de 3 dictionnaires médicaux que l'unanimité n'est pas faite entre les auteurs sur la distinction entre *signe* et *symptôme* :

- pour Bossy les signes sont objectifs et les symptômes peuvent être objectifs ou subjectifs
- pour Manuila toutes les manifestations de la maladie sont des symptômes (objectifs ou subjectifs)
- pour Garnier – Delamare signes et symptômes sont considérés en dernière analyse comme synonymes.

Compte tenu 1°) de l'usage et 2°) de la discordance entre les différents auteurs de dictionnaires médicaux, je propose de considérer comme équivalents les termes *signe* et *symptôme*.

Dès lors *zheng* pourrait être traduit :

- les signes (ou les signes cliniques) de... ; ou bien
- les symptômes (ou les symptômes cliniques) de...

Par exemple : *ganhuo shangyan zheng* : les signes cliniques du feu du Foie qui enflamme le haut.

Pour conclure il nous faut aborder maintenant un dernier point qui tient compte d'une remarque de Xie Zhufan que nous avons relevée précédemment :

*« Tout mot français utilisé dans la description de la MTC doit être appréhendé à la lumière de la médecine chinoise ».*

### Conclusion : « A la lumière de la médecine chinoise »

Si on examine les différents courants de pensée de la FAFORMEC, entre les ultra-traditionalistes et les ultra-modernes, chacun est convaincu de détenir la lumière de

la MTC. Malgré les divergences d'opinions il paraît, je pense évident à chacun, que la grande différence entre la MO et la MTC tient au fait que la MO est segmentaire et analytique là où la MTC est unitaire, synthétique et décrit l'être humain comme un ensemble de composants en résonances et correspondances (*gan ying*), en relations entre eux, où chaque partie est en relation avec le tout, et le tout en relation avec l'environnement au sens restreint et au sens large.

*« Le dao est de connaître : en haut l'astronomie, en bas la géographie et, entre les deux, les affaires humaines » SW-75, LS-38.*

Dans cet ensemble de relations et dans cet ensemble en relation, la maladie est envisagée comme un processus et le diagnostic comme un état transitoire à un instant T0, entre un état passé T1 et un état futur T+1.

*« Dans toute prescription d'acupuncture, il faut discerner le rapport entre le yin et le yang, entre le passé et le futur, afin d'agir dans le sens d'un consentement ou d'une opposition au processus pathologique » SW-65.*

*Yin – yang*, racine – cime, consentement – opposition, maladie interne - maladie externe sont les principes du traitement qui découlent du diagnostic. C'est dans le diagnostic qu'interviennent les *zheng*. L'expérience montre que peu de malades sont homogènes et réductibles à un seul *zheng* et que si l'on veut intégrer l'ensemble de la symptomatologie c'est à une combinaison de *zheng* que l'on doit avoir recours. Il ne s'agit pas d'étiqueter un motif de consultation dans un cadre clinique théorique faisant partie d'un système de classement, il s'agit avant tout de définir un processus. La démarche qui consiste à étiqueter un malade par un seul *zheng*, en ne retenant que certains symptômes, si elle est à la rigueur acceptable dans certaines maladies aiguës, ne peut être la règle pour la plus grande part de la pathologie générale. Procéder ainsi, c'est appliquer une démarche de diagnostic de type occidental avec une démarche thérapeutique de type oriental. Dans cette optique, qualifier le *zheng* de *syndrome* est dangereux car cette traduction, compte tenu du sens du terme que nous véhiculons dans notre inconscient, induit cette démarche.



En dernière analyse les *zheng* des *zang fu*, du *qi* du sang et des liquides, des méridiens et des *luo* etc... constituent des systèmes de classement des signes cliniques. Mais un système de classement ne prétend pas décrire le réel. Ces systèmes de classement sont des outils qui permettent d'approcher la réalité du processus pathologique d'un malade, qui la plupart du temps est non-homogène et complexe au sens premier du terme (complexe : « *fait d'éléments imbriqués* »).

De ce fait, et pour en finir, je dirai que *syndrome* ne peut correspondre au sens de *zheng*. Ce terme utilisé dans son acception occidentale est réducteur et enferme la pensée, le diagnostic, la thérapeutique et le malade dans un cadre préétabli fermé.

La traduction de *zheng* par « les signes cliniques de ... » nous paraît correspondre à l'esprit de la MTC. Cette traduction n'enferme pas la pensée, la démarche et le malade dans un cadre réducteur. Elle est conforme à la pensée chinoise puisqu'elle correspond au sens premier de ce terme dans un contexte médical utilisé par Zhang Zhongjing. Elle en diffère seulement par une extension du sens englobant la totalité des signes cliniques : *signes physiques, signes fonctionnels, signes généraux*, ou en d'autres termes *signes et symptômes* d'un désordre type comme dans l'exemple choisi du feu du Foie.

C'est cette traduction que nous proposons d'adopter.



Dr Jean-Louis Lafont  
4 rue de la Couronne - 30000 Nîmes  
☎ 04 66 76 11 13 ☎ 04 66 76 06 17  
✉ afera@wanadoo.fr

#### Références

1. Nguyen J. Existe-t-il des tableaux cliniques sans cliniques ? Acupuncture & Moxibustion.2007;6(1):51-2.
2. Lafont J.L. Réponses à « Des tableaux cliniques sans clinique ». Acupuncture & Moxibustion.2007;6(1):53-7.
3. Dinouart-Jatteau P. Traduction des termes de MTC : diagnostics d'après Xie Zhufan. Acupuncture & Moxibustion.2007;6(2):128-132.
4. Dinouart-Jatteau .P. Réponses à des tableaux cliniques sans cliniques Acupuncture & Moxibustion.2007;6(1):164..
3. Xie Z. F. On the standard nomenclature of traditional chinese medicine. Foreign languages Press, Beijing 2003.
4. Auteroche B., Navaillh P. Le diagnostic en médecine chinoise. Maloine 1982.
5. Porkert M. The theoretical foundations of chinese medicine. MIT Press, Cambridge, Massachusetts and London, England, 1974.
6. Bossy J. La grande aventure du terme médical. Filiations et valeurs actuelles. Sauramps Médical, Montpellier, 1999.
7. Manuila L. et coll. Dictionnaire français de médecine et de biologie. Masson, 1972.
8. Manuila L. et coll. Dictionnaire médical de médecine et biologie. Masson, 2001.
9. Garnier-Delamare. Dictionnaire illustré des termes de médecine. Maloine, 2006.

**Le spécialiste européen des médecines complémentaires**

## GREEN LINE MEDICAL BOOKS

**5.200 titres différents  
en rayon**

(en allemand, anglais,  
français, néerlandais, ...)

**Catalogues gratuits sur demande**

(Acupuncture et Médecine Chinoise • Homéopathie et Phytothérapie •  
Ostéopathie et Médecine Manuelle • Hypnose, PNL et Thérapies  
Brèves • Diététique, Nutrition • Qi Gong, Tai Ji • ...)

1072 Chaussée de Ninove, B-1080 Bruxelles, Belgique

Tél. +32 (0)2/569.69.89 - Fax +32 (0)2/569.01.23 - E-mail info@satas.be - Website www.satas.be



Robert Hawawini

## La hernie discale lombaire en MTC

**Résumé :** Le traitement de la hernie discale lombaire est tout à fait accessible à l'acupuncture qui soulage la douleur, même dans les formes importantes. Après rappel physiologique et physiopathologique, nous décrivons le protocole thérapeutique que nous appliquons et qui donne satisfaction aux patients. **Mots-clés :** Acupuncture - lombalgie - sciatique - hernie discale - Stases de Sang et d'Énergie.

**Summary:** The treatment of the lumbar slipped disc is completely accessible to acupuncture which relieves the pain even in the significant forms. After physiological and physiopathological recall, we describe the therapeutic protocol which we apply and who gives satisfaction to the patients. **Keywords:** Acupuncture - lumbago - sciatic neuralgia - slipped disc - Stasis of Blood and Energy.

### Définition

#### Médecine occidentale

La hernie discale est plus connue au travers de son principal symptôme, la sciatique. Elle se définit comme une zone de compression nerveuse située entre le disque intervertébral et la racine nerveuse (conflit disco-radicaire). En temps normal, le disque joue le rôle d'amortisseur entre deux vertèbres et permet une répartition des contraintes. Lorsqu'il perd ce rôle, une partie de son contenu peut s'échapper et former une saillie, la hernie, qui peut comprimer une racine. Ce phénomène s'accompagne d'une inflammation et d'une irritation radiculaire.

#### Médecine chinoise

En médecine traditionnelle chinoise (MTC), la lombalgie est *yao* (lombes) *tong* (douleur). L'étude de la lombalgie comprend la douleur de la zone lombosacrée et l'irradiation aux membres inférieurs dite sciatique, comprenant la hernie discale.

### Cadre clinique ou syndrome (*zheng*)

Stase (*yu*) d'Énergie (*qi*) et de Sang (*xue*) [1,2].

### Physiologie et physiopathologie

#### Physiologie [3]

Les Reins : ils sont la demeure de l'Essence (*jing*) innée du Ciel Antérieur (*xiantian*) qui favorise et accélère

les fonctions de l'acquis. Les lombes sont le palais externe des Reins [4,5]. Le *Suwen* 17 dit : « *Les lombes sont l'atelier des Reins, s'ils sont immobilisés et bloqués, le fonctionnement rénal sera amoindri* ».

Le Foie : il assure la libre circulation du Sang (*xue*) et de l'Énergie (*qi*) (fonction *shuxie*).

Le méridien de la Vessie (*zutaiyang*) : il est lié aux Reins par le *biaoli* (extérieur-intérieur) et parcourt le dos de chaque côté de la colonne vertébrale.

Le *dumai* : ce merveilleux vaisseau parcourt le milieu de la colonne vertébrale et régit le *yang*, il dépend des Reins [6]. *Nanjing* 27 : *du*, « gouverneur », évoque le mot *du*, « entier, totalité, capitale », (*dumai*) est la mer des vaisseaux *yang*, aussi régit-il en totalité, *du*, les vaisseaux *yang*.

*Nanjing* 28 : *dumai*, le « vaisseau gouverneur », commence au (point) *shu* de l'extrémité inférieure (du coccyx), s'élève le long de la colonne vertébrale jusqu'au (point) *fengfu*, le « Palais du vent », et entre en contact avec le cerveau.

#### Physiopathologie

- Le *Benxu* : « *Comme les lombes sont le palais externe des Reins, leur Vide (xu) constitue les Racines (ben) de toutes les lombo-sciatalgies* ».

- Le *Biaoshi* : « *La hernie discale est le biao (branche) de l'affection. Elle est une Plénitude (shi) liée à une Stase (yuxue) de qi et de Sang impliquant le Foie et se manifestant sur les méridiens de la Vessie et le dumai* » [1,3].

- *Lingshu*, chapitre 10 : « Au moment où l'Energie du méridien (de zutaiyang) est atteinte par l'Energie perturbée venue de l'extérieur en provoquant des modifications morbides, celles-ci peuvent se manifester par (...) la lombalgie dont la douleur ressemble à celle d'une fracture de la colonne vertébrale, (...) ».

- *Nanjing* 29 : « Si c'est du (mai) qui est atteint, il y a raideur de la colonne vertébrale et contractures ».

### Séméiologie

La douleur est le signe essentiel. Généralement la hernie discale se manifeste par une lombalgie d'apparition plus ou moins brutale qui cède la place à une sciatique, plus rarement à une cruralgie. Plus ou moins invalidante, ces douleurs sont impulsives. En médecine occidentale, le territoire douloureux est en rapport avec la compression réalisée par la hernie : face postérieure du membre inférieur (L5-S1), antéro-externe (L4-L5) rarement antérieure (crural). En MTC ce territoire est en relation avec un trajet de méridiens (*Suwen* 17 et 41, *Lingshu* 10 et 26) [7].

Le poulx est *xian* (tendu) en cas de Stase de *qi* et de Sang mais peut présenter d'autres aspects ainsi que la langue, selon le syndrome en cause. Comme nous traitons le *biao* et non le *ben*, je ne m'attarderai pas sur ces descriptions.

## Thérapeutique

### Règles d'utilisation des points

La liste des points n'est pas exhaustive, les points sont classés par fonctions. Il faut choisir toutes ou certaines fonctions et choisir tous ou certains points d'une fonction.

### Règle de traitement

Principe :

Il faut bien différencier le traitement des lombalgies et sciatiques par hernie discale, de celles qui ne le sont pas. En cas de lombalgie et de sciatique qui ne sont pas dues à une hernie discale, on traite la racine (*ben*) et la branche (*biao*) en même temps. Pour la lombalgie, le traitement de la racine comprend des causes qui ne sont pas des *bizheng* et d'autres qui le sont. Pour la sciatique,

le traitement de la cause est toujours le *bizheng*. En cas de lombalgie et de sciatique par hernie discale, on traite uniquement le *biao* (branche) : on disperse afin de drainer la Stase, ce qui soulage la douleur. Mon expérience montre qu'il ne faut ni tonifier ni réchauffer. Il existe un troisième cas de figure, plus rare, avec blocage thoracique (*xiongbi*) associé. Son traitement est prioritaire car empêchant toute mobilisation d'une Stase située ailleurs, la Stase de Sang présente dans le thorax doit être mobilisée préalablement.

**Tableau I** : Les priorités de traitement des lombalgies et sciatiques.

Cause	Lombalgie	Sciatique
<b>Sans hernie discale.</b>	Traiter la Racine qui peut être un <i>bizheng</i> ou non et la Branche.	Traiter la Racine qui est toujours un <i>bizheng</i> et la Branche.
<b>Par hernie discale.</b>	Traiter uniquement la Branche par la dispersion.	Traiter uniquement la Branche par la dispersion.
<b>Associée à un <i>xiongbi</i>.</b>	Traiter prioritairement le <i>xiongbi</i> quelle que soit la cause.	Traiter prioritairement le <i>xiongbi</i> quelle que soit la cause.

Manipulations d'aiguilles : la dispersion est appliquée en puncturant dans le sens inverse de la circulation du méridien, avec une rotation lente et un grand angle, jusqu'à ce que l'aiguille soit bien fixée. Il n'est tenu compte ni du cycle respiratoire ni de la vitesse d'insertion et d'enlèvement. Les aiguilles sont enfoncées jusqu'à la profondeur où elles se fixent spontanément et laissées environ 30 mn. Les points *beishu* sont puncturés perpendiculairement à la colonne vertébrale et vers elle. Ils sont manipulés en *nianzhuanticha* (va-et-vient et rotation) jusqu'à fixation de l'aiguille. *Dazhui* 14VG, *zhibian* 54V, *changjin* 56V, les points *huatuoji* et *ashi*, sont puncturés perpendiculairement à la peau. Ils sont manipulés en va-et-vient et rotation jusqu'à l'obtention d'une sensation irradiante. Deux à trois séances par semaine sont nécessaires, avec espacement progressif en fonction de l'amélioration.

Associations de points [8] :

- *geshu* 17V, *hui*-réunion du Sang (*Nanjing* 45), *ciliao* 32V (fait partie des *baliao* ; *ba* = huit, *liao* = fentes, situés sur les quatre trous sacrés qui agissent sur toutes

les pathologies du *dantian* inférieur), *weizhong* 40V (agit sur les lombes en tant que faisant partie des quatre points généraux - *sizongxue* - et *he*-rassemblement-Terre utilisé dans toutes les pathologies - *Lingshu* 4 - du *taiyang* riche en Sang - *Lingshu* 65 et 78) : dispersent les Stases de Sang aux lombes. Le dernier point peut être saigné.

- *xingjian* 2F (*rong*-jaillissement-Feu, fils du Bois, dispersant annuel) : disperse la stase de *qi* du Foie à l'origine de celle du Sang.

- *dachangshu* 25V (*beishu* polyvalent du Gros Intestin) : ce point est sélectionné car il fait partie du *yangming* riche en Sang et en *qi* (*Lingshu* 65 et 78).

- *renzhong* 26VG (terminaison du *dumai*, le mobilise), *houxi* 3IG (point clé du *dumai*) : font circuler le *dumai* qui parcourt la colonne vertébrale, ce qui mobilise la stase vertébrale.

- *weizhong* 40V (vu et Terre fille du Feu, ce qui rafraîchit la Chaleur-*yang*), *kunlun* 60V (point *jing*-passage Feu, rafraîchit ainsi la Chaleur-*yang*) : dispersent la manifestation de la lombalgie sur le méridien de la Vessie.

- *zhibian* 54V : action locale sur la douleur de la fesse.

- *changjin* 56V : douleur du plis fessier.

- *huatuojiayi* : la puncture perpendiculaire du point correspondant à l'endroit de la hernie, ainsi que des points au-dessus et en dessous, draine la stase de Sang et de *qi*. En ce qui concerne l'endroit de la hernie, le plus souvent il s'agit des espaces compris entre la troisième et la quatrième lombaire, ainsi que la quatrième et la cinquième lombaire.

- points *ashi*.

- *huantiao* 30VB (réunion des méridiens de la Vésicule Biliaire et de la Vessie, mobilise toute stase locale), *fengshi* 31VB (marché = *shi*, du Vent = *feng*, disperse le Vent et l'Humidité associée), *yanglingquan* 34VB (*hui*-réunion des tendons - *Nanjing* 45), *xuanzhong* 39VB (d) (Mer des Moelles - *Lingshu* 33) : traitent la sciatialgie. On choisit *huantiao* 30VB et *yanglingquan* 34VB avec un ou les deux autres points.

- *dazhui* 14VG (réunion de tous les *yang*, du *dumai* qui régit le *yang*) : par sa fonction mobilise le *yang* de toute

la colonne vertébrale, ce qui réduit la stase et soulage la douleur.

- *Nanjing* 28 : *Du*, «gouverneur», (...) suit l'axe de la colonne vertébrale et va jusqu'au point *Dazhui*, «Grand marteau», s'y unit aux trois vaisseaux *yang* de la main et du pied (...).

Traitements particuliers :

- *dazhui* (14VG) et de *guanyuan* (4VC) [9].

- *dachangshu* 25V, *guanyuanshu* 26V, *zhibian* 54V, *huantiao* 30VB, *yanglingquan* 34VB, *chengshan* 57V, *xuanzhong* 39VB, *kunlun* 60V.

- Mode opératoire : puncture perpendiculaire, dispersion modérée par va-et-vient et rotation, 30 mn de pose d'aiguilles.

- *dazhui* 14VG (forte tonification par va-et-vient et rotation pour que les sensations irradient vers la région lombaire), *guanyuan* 4VC (chauffer par la lampe infrarouge pendant 30 mn).

- *yaoyangguan* 3VG, *yaoshu* 2VG, *changqiang* 1VG, *chengfu* 36V, *yinmen* 37V, *weizhong* 40V, *chengshan* 57V, *feiyang* 58V, *kunlun* 60V [10].

- En cas de douleur extrême : *renzhong* 26 VG, *houxi* 3IG.

Mode opératoire : dispersion, une séance par jour, 20 mn de pose d'aiguilles.

Traitement préventif [3] :

A part l'âge, chaque cause peut être l'objet d'une prévention : tempérance sexuelle pour traiter les Reins, tempérance ou rééquilibrage alimentaire pour traiter la Rate, protection contre les climats nocifs pour traiter les causes externes, rééquilibrage psychologique pour traiter le Foie, la Rate, les Reins et le Cœur, réduction des efforts et du surmenage pour soulager les Reins et favoriser la circulation du Sang et du *qi*. Le renforcement ainsi obtenu du *jing*, du *qi*, du *xue* et des *zang*, c'est-à-dire du *zhengqi* est le meilleur garant contre la douleur lombaire et la hernie discale.

## Observations cliniques

### Première observation

M<sup>me</sup> BA, 35 ans, a une hernie discale postéro-latérale droite L5-S1 refoulant la racine S1, majorée depuis

le scanner de 1991. Elle consulte en juin 2003 pour une lombalgie droite passée rapidement en sciatique. La douleur invalidante a nécessité la prise d'anti-inflammatoires qui l'ont améliorée sans la soulager entièrement. Elle souffre de fibromyalgie pour laquelle il a été prescrit le Séropram® ½ comprimé tous les 2 jours. Le poulx est très *xian* (tendu), *hua* (glissant) aux barrières, *xi* (fin) et *chen* (profond) aux deux pieds. La langue est grosse, pâle, rose-mauve, légèrement tremblante, avec un enduit gras et blanc à la racine et quelques points rouges sur la pointe. La patiente a été puncturée les 17, 19 et 24 juin, avant d'être opérée. Il faut préalablement signaler une erreur de traitement qui a voulu prendre en considération tous les syndromes, ce qui a conduit à réchauffer le *yang* des Reins (*mingmen* 4VG et *shenshu* 23V) et tonifier le *yin* (*taixi* 3Rn), aggravant de ce fait la patiente.

Le traitement suivant a suffisamment soulagé la douleur pour permettre à Mme BA de patienter jusqu'à l'opération.

- *geshu* 17V, *xingjian* 2F : dispersent la Stase de *qi* et de Sang.
- *huantiao* 30VB, *fengshi* 31VB, *yanglingquan* 34VB : puncturés à droite, ils traitent la sciatologie.
- *geshu* 17V, *ciliao* 32V, *weizhong* 40V à droite : dispersent la Stase de Sang aux lombes.
- *zhibian* 54V, *weizhong* 40V à droite : pour la douleur des lombes et de la fesse.
- *huatuo* L4-L5, L5-S1 à droite : traitent la hernie discale.

### Deuxième observation

M. CE, 48 ans, présente une lombo-sciatologie par hernies discales L3-L4 à gauche et L4-L5 à droite. Les hernies sont anciennes, peu importantes ; la douleur est subaiguë, irradiant à la fesse droite, l'aîne gauche et la face externe de la jambe droite. La douleur est aggravée lors de la station debout, l'effort et la nuit. Le poulx est *xian* (tendu) et *chen* (profond), plus *chen* (profond) et *xi* (fin) aux pieds.

La langue est un peu grosse, rose-mauve, sans enduit, avec des Stases de Sang et de Glaires postérieures. Le patient est puncturé 5 fois à une semaine d'intervalle.

Cette fois-ci nous avons dispersé directement sans tenir compte des syndromes existants. La sédation de la douleur a été totale.

- *dazhui* 14VG : mobilise le *yang* du *dumai*, ce qui mobilise la Stase et soulage la douleur.
- *geshu* 17V, *xingjian* 2F : dispersent la Stase de *qi* et de Sang.
- *geshu* 17V *weizhong* 40V : dispersent la stase de Sang aux lombes.
- *huantiao* 30VB, *yanglingquan* 34VB : puncturés à droite, ils traitent la sciatologie.
- *dachangshu* 25V droit, *zhibian* 54V bilatéral : mobilisent la stase de *qi* et de Sang sur la fesse, ce qui soulage la douleur.
- *shenshu* 23V harmonisé : traite la douleur lombaire et harmonise le *qi* et le *yin* des Reins.
- *huatuo* L2-L3, L3-L4, L4-L5 à gauche, L3-L4, L4-L5, L5-S1 à droite : traitent les hernies discales.

### Troisième observation

M<sup>me</sup> VC, 57 ans, présente depuis deux ans une lombo-sciatologie par petite hernie discale gauche L4-L5 diagnostiquée sur un scanner. La douleur est apparue brutalement sous forme de blocage. Actuellement elle intéresse, à gauche, la zone para-vertébrale basse, la fesse, le pli fessier, la hanche, la face postérieure du membre inférieur jusqu'au bord externe du pied et parfois l'aîne. A type de brûlure, cette douleur est aggravée par les mouvements et la station debout, elle se déplace d'un endroit à l'autre. Un ostéopathe a réduit la douleur, mais ne l'a pas guérie.

Le poulx est *xian* (tendu), *chen* (profond) à la racine droite ; *chen* (profond), *xian* (tendu) et *xi* (fin) à la racine gauche. La langue est pâle, tremblante, avec peu d'enduit. Il existe des points rouges sur la pointe et les bords ainsi que quelques Stases de Sang postérieures.

La patiente a été puncturée deux fois à trois jours d'intervalle puis une fois trois semaines plus tard, sans tenir compte des syndromes orientés à l'évidence sur un Vide de *yin* des Reins, une Chaleur-Vide du Foie et du Cœur et un Vent Interne. La sédation de la douleur a été totale. Le traitement appliqué a été :

- *geshu* 17V, *xingjian* 2F qui dispersent la Stase de *qi* et de Sang,  
 - *dachangshu* 25V, *ciliao* 32V qui mobilisent la Stase de *qi* et de Sang au niveau lombaire bas,  
 - *zhibian* 54V, *chengfu* 36V, *weizhong* 40V, *shugu* 65V sont puncturés à gauche (ils mobilisent la Stase, respectivement, à la fesse, au pli fessier, à la face

postérieure de la cuisse et au bord externe du pied),  
 - *huantiao* 30VB, *yanglingquan* 34VB sont puncturés à gauche, (ils traitent la douleur de la hanche),  
 - *huatuo* L3-L4, L4-L5, L5-S1 à gauche (ils traitent la hernie discale),  
 A la troisième séance, il n'a pas été puncturé *zhibian* 54V, *Shugu* 65V et *huantiao* 30VB.



Dr Robert Hawawini  
 80, rue du Connétable,  
 60500 Chantilly  
 ☎ 03 44 57 49 79  
 ✉ r.hawawini@wanadoo.fr

### Références

1. Sionneau P. L'acupuncture pratiquée en Chine. Les traitements efficaces. Paris: Guy Trédaniel Editeur; 1994.
2. Sionneau P. Acupuncture. Les points essentiels. Paris: Guy Trédaniel Editeur; 2000.
3. Bianque. Nan jing, traduction de P. Grison. Paris: Editions Masson; 1979.
4. Suwen, première partie, traduction du Dr Duron, Paris: Guy Trédaniel Editeur; 1991.
5. Wang XZ. La lombalgie en médecine traditionnelle chinoise, traduction de Lin Shi Shan. Forbach: Institut Yin-Yang; 1999.
6. Auteroche B, Navailh P. Le diagnostic en médecine chinoise. Paris: Maloine; 1983.
7. *Lingshu*. traduction du Dr Duron A. et de Mr Laville-Méry C. Edition Privée.
8. Hawawini R. Aspects des indications des associations de points d'acupuncture. Forbach: Institut Yin-Yang; 2001.
9. Li ZW, Zhang YS, Li J, Zhang XL, Liu JC, Chen LY. L'influence thérapeutique de *dazhui* (14VG) et de *guanyuan* (4VC) dans le traitement d'acupuncture-moxibustion des hernies discales (lombaires). Acupuncture Traditionnelle Chinoise, n°10, Institut Yin-Yang.
10. Huo CJ, Xie QD, Wang Y. L'expérience acquise dans le traitement acupunctural de 76 cas de hernie discale lombaire, Acupuncture Traditionnelle Chinoise, n°10, Institut Yin-Yang.



Marc Petitpierre

## Acupuncture et neuroprotection : quel rôle pour l'érythropoïétine ?

**Résumé:** En médecine chinoise, le Rein nourrit les moelles, c'est-à-dire la moelle sanguine et le cerveau, et traiter cet organe devrait avoir un effet bénéfique non seulement sur le sang, mais aussi sur le système nerveux. En médecine occidentale, une hormone sécrétée par le Rein remplit cette double fonction : l'érythropoïétine (EPO). Elle régit l'érythropoïèse et protège les neurones contre l'anoxie. Nous avons fait l'hypothèse que le traitement par acupuncture du Rein chinois pouvait avoir un effet sur les taux de cette hormone. Les mesures effectuées avant et après une séance d'acupuncture montrent, contrairement à ce que nous avions espéré un freinage marqué de la montée diurne physiologique des taux d'EPO. Cet effet n'est pas spécifique des points du Rein, et est probablement lié à la libération de POMC et l'un de ses sous-produits. L'effet neuroprotecteur que la tradition prête au Rein ne paraît donc pas passer par l'EPO, bien qu'un effet plus tardif doive encore être exclu. L'acupuncture pourrait cependant malgré tout être efficace dans ce domaine, bien que de manière non spécifique, l'ACTH, la MSH ou encore la mélatonine, toutes libérées par l'acupuncture, étant impliquées dans diverses affections neuro-psychiatriques. Pour établir, comme le voudrait la tradition, une relation entre le rein et le système nerveux, d'autres recherches sont encore nécessaires. **Mots-clés :** acupuncture - érythropoïétine - neuroprotection.

**Summary:** In traditional chinese medicine, the Kidney nourishes the Marrows (the bone marrow and the brain), and thus treating this organ should have a beneficial effect not only on the blood, but also on the nervous system. In western medicine, a hormone that is secreted by the kidneys performs both these tasks: erythropoietin. It assures the production of red cells and protects the neurons from anoxia. Our hypothesis was that acupuncture treatment of the Chinese Kidney could have an effect on this hormone blood levels. Measures taken before and after an acupuncture session show, unlike what we expected, a marked decrease in the physiologic diurnal rise in EPO levels. This effect is unspecific of the Kidney's acupuncture points and is probably related to the secretion of POMC and one of its byproducts. The neuroprotective effect that the tradition attributes to the Kidney appears to be unrelated to the action of EPO, though a late effect must also be excluded. Acupuncture could nonetheless be effective in this field, though in a non specific way, ACTH, MSH and melatonin being all secreted by acupuncture and implicated in diverse neuro-psychiatric affections. More research is thus necessary to establish a relation between the kidney and the nervous system. **Keywords:** acupuncture - erythropoietin - neuroprotection.

### Neuroprotection et acupuncture

En médecine chinoise, le cerveau et le système nerveux au sens large font partie des moelles, et sont régis par le Rein. L'étroite relation entre cellules sanguines et cellules nerveuses a été amplement confirmée par la médecine occidentale ces dernières années ; de même, l'idée chinoise que le Rein puisse agir à la fois sur la moelle sanguine et le cerveau est confortée par ce que nous savons des effets de l'érythropoïétine (EPO). Libérée par le rein par un stimulus hypoxique, cette hormone stimule l'érythropoïèse, et a également un effet neuroprotecteur bien documenté : administrée par voie parentérale, elle limite l'extension des lésions cérébrales après AVC. On peut aussi noter qu'elle protège le myocarde contre l'anoxie, effet peut être

accessoire mais significatif sur le plan de la théorie chinoise qui établit un lien étroit entre Rein et Cœur.

Intrigués par cette convergence de vue entre MTC et médecine moderne, nous avons fait l'hypothèse que la tonification de points choisis sur le méridien du Rein pouvait stimuler la libération d'érythropoïétine, et que l'effet neuroprotecteur attribué par la tradition à cet organe passait par ce phénomène, bien que, comme nous le verrons plus loin, d'autres hormones ou neuromédiateurs puissent encore être en cause.

### Acupuncture et EPO : points, méthode et dosages

La petite étude présentée ici est un travail préliminaire ; elle n'a pas été soumise pour autorisation à une commission

d'éthique ; les patients ont été recrutés dans la consultation ou l'entourage proche, et avaient tous déjà reçus des traitements d'acupuncture.

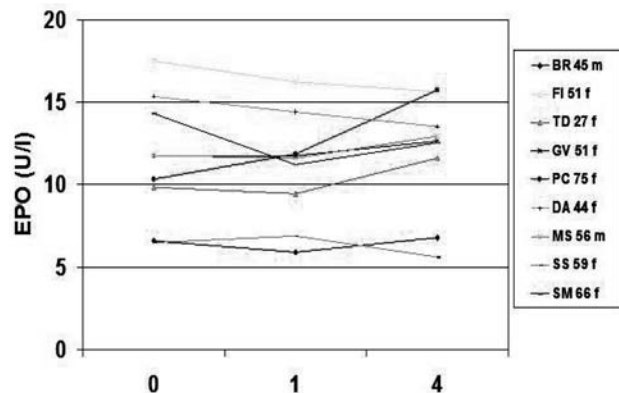
La démonstration d'un éventuel effet de l'acupuncture sur la libération d'EPO paraît a priori assez simple ; connaissant la cinétique de la libération de cette hormone (libération rapide par un stimulus hypoxique avec des taux sanguins mesurables après 3,5 à 5 heures), il suffit de mesurer les taux d'EPO avant et après stimulation. Le sexe, l'âge, ou encore l'exercice, n'ont pas d'influence sur les taux de cette hormone.

Les points sélectionnés ont été Rn3 (*taixi*), V23 (*shenshu*), VG4 (*mingmen*) ; dans une première série, nous avons ajouté V43 (*gaohuangshu*), pour vérifier au passage une indication ponctuelle intéressante de ce point (« produit instantanément du sang »).

La méthode a été celle utilisée habituellement au cabinet : insertion des aiguilles, obtention du *deqi*, puis moxa jusqu'à obtention d'un bon érythème ; retrait des aiguilles après 25 minutes.

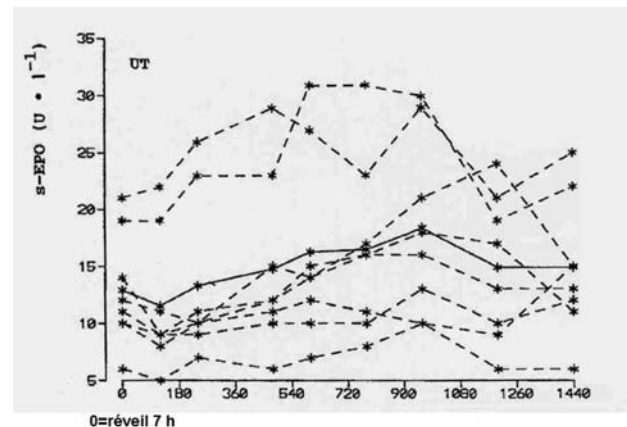
### Première série : problème du rythme circadien de l'EPO

Dans une première série, qui a surtout servi à roder la méthode, et qui comprenait 13 patients, les mesures d'EPO ont été effectuées aux temps 0, 1 et 4 heures. 9 sérums ont été finalement utilisables, et ont montré une augmentation moyenne des taux d'EPO de 4,74 % à 4 heures (figure 1), donc faible et à la limite de la sensibilité de la méthode.



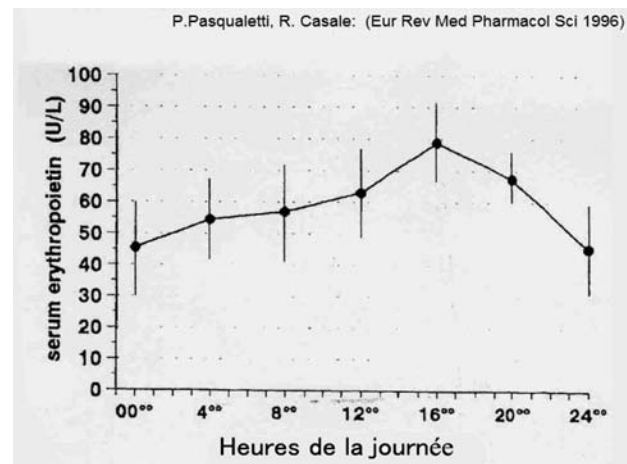
**Figure 1.** EPO - première série de 9 patients (tubes de sérum inutilisables pour 4 patients) ; stimulation de V23, VG4, Rn3, V43 ; mesures à 0, 1 heure et quatre heures.

Pour interpréter ce résultat, il a fallu résoudre le problème du rythme circadien de l'EPO. Les avis divergent à ce sujet. Dans une étude effectuée en 1993 [2], Klausen montre un rythme circadien bien défini (figure 2), les taux les plus bas étant mesurés 120 minutes après le réveil (environ 10 U/l), et augmentant progressivement pour atteindre des valeurs maximales 16 à 20 heures après le lever (environ 17-18 U/l), pour redescendre ensuite ; pour un réveil à 7 heures, la montée commence à 9 heures et culmine entre 23 et 3 heures du matin.



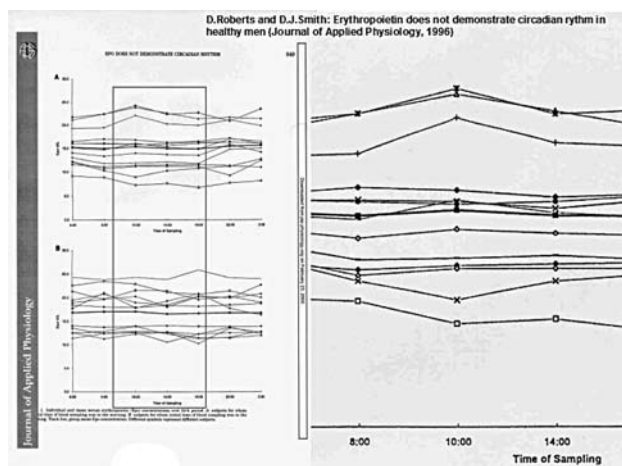
**Figure 2.** Rythme circadien de l'EPO. Pour un réveil à 7 heures, la montée commence à 9 heures et culmine entre 23 et 3 heures du matin.

Pasqualetti [1] dose l'EPO chez 40 patients et trouve une courbe similaire (figure 3). Par contre, Roberts, dans une étude ultérieure, teste 26 patients et ne retrouve pas ces fluctuations (figure 4) [3].



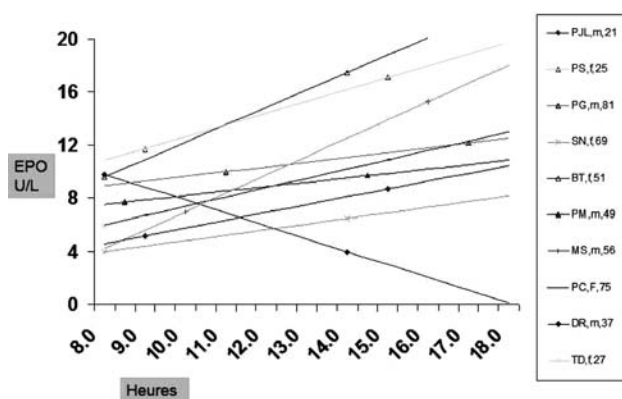
**Figure 3.** Rythme circadien de l'EPO montrant un pic de sécrétion à 16h.

En l'absence de rythme circadien, les taux que nous avons mesurés ne sont pas significatifs ; par contre, en présence d'un rythme circadien, et si les valeurs données par Klausen et Pasqualetti sont justes (les taux doublent en 12 heures), nos mesures deviennent significatives, mais montrent exactement le contraire de ce qui était espéré puisqu'elles freinent de manière significative la montée physiologique des taux d'EPO.



**Figure 4.** Pas de rythme circadien de l'EPO selon Roberts et Coll.

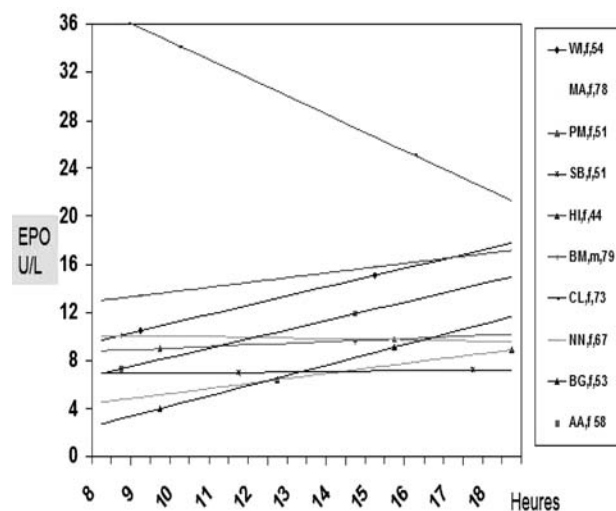
Pour résoudre ce problème, nous avons formé un groupe contrôle ; pour des raisons d'économie, et en considérant les courbes établies par les auteurs cités plus haut, nous avons limité le dosage de l'EPO aux temps 0 et 6 heures, le délai entre le stimulus hypoxique et une augmentation mesurable des taux étant de l'ordre de 3,5 U/l à 5 heures selon Roberts [3].



**Figure 5.** Groupe contrôle : augmentation moyenne de 44 % sur six heures.

Dans ce groupe, qui comprend 10 patients de tous âges et des deux sexes, nous avons mesuré une augmentation des taux d'EPO de 44% sur 6 heures (figure 5), qui confirme l'existence d'un rythme circadien de l'EPO, avec une pente comparable en tous points à celles mesurées par Klausen et Pasqualetti.

Cette courbe a été comparée à celle fournie par un deuxième groupe de 10 personnes, qui a reçu le traitement d'acupuncture convenu ; on ne mesure cette fois qu'une augmentation de 8,9 % (figure 6). Ces résultats confirment un net effet freinateur de la séance d'acupuncture sur la sécrétion diurne d'EPO.



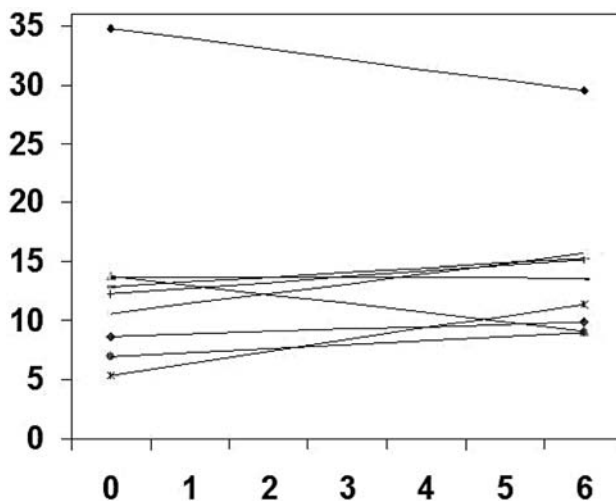
**Figure 6.** Groupe avec acupuncture (points du Rein) : augmentation moyenne de 8,9 % sur six heures.

### Effet spécifique ou non spécifique ?

Dans l'étape suivante, nous avons voulu déterminer s'il s'agissait d'un effet propre aux points du méridien du Rein, ou d'un effet non spécifique ; nous savons en effet que tout traitement d'acupuncture entraîne entre autres effets la libération par l'hypophyse, dans un délai rapide de l'ordre de 20 minutes, de proopiomélanocortine (POMC) [7]. La POMC se scinde en bêta-endorphines, ACTH, et MSH ; une ou plusieurs de ces hormones pourrait de manière directe ou indirecte interférer avec la montée d'EPO. Il a également été démontré [4] que l'acupuncture entraîne une augmentation des taux de mélatonine ; cette hormone ajuste les rythmes circadiens en

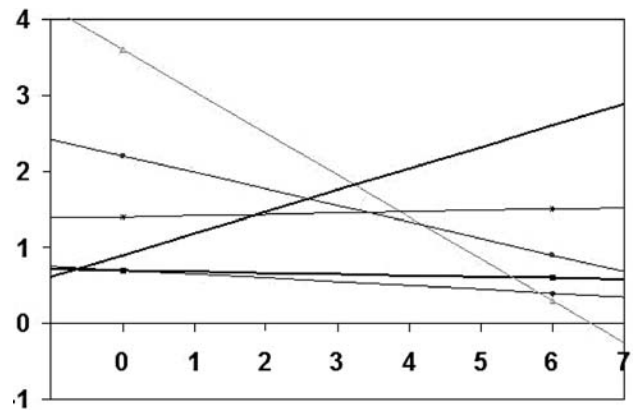
fonction des alternances jour/nuit ; ses taux sont élevés pendant la nuit lorsque l'EPO est basse, et on pourrait aussi émettre l'hypothèse que la libération de cette hormone dans les heures suivant le traitement d'acupuncture freine la montée d'EPO.

Pour trancher, nous avons refait les mêmes mesures dans un autre groupe de 10 patients, cette fois après stimulation de GI4 (*hegu*) seul, point endorphinergique par excellence [8], et dont on attendrait, au cas où il s'agirait d'un effet non spécifique, un effet de freinage au moins égal, voire plus important. Les dosages pratiqués dans ce groupe (figure 7) montrent une élévation moyenne des taux d'EPO de 6,4 %, à comparer avec les 8,9 % obtenus par stimulation des points du méridien du Rein, et au 44 % du groupe contrôle. On peut donc conclure à un effet non spécifique.



**Figure 7.** Stimulation de GI4 : élévation moyenne des taux de l'EPO de 6,7% comparable au taux de 8,9% par le traitement du Rein (44 % dans le groupe contrôle), montrant un effet non spécifique de l'action de stimulation de l'EPO par puncture du méridien de Rein.

Pour compléter, nous avons encore mesuré dans les sérums du groupe GI4 les taux de mélatonine ; on note une diminution moyenne physiologique de ces valeurs sur 6 heures de l'ordre de 12% (figure 8), ce qui écarte la responsabilité de cette hormone dans le freinage précoce de l'EPO.



**Figure 8.** Groupe GI4 : évolution des taux de mélatonine avec diminution moyenne de 12%.

## Discussion

### *Le « parasitage » endorphinique*

Ces résultats montrent qu'il y a bien un rythme circadien de l'EPO, qu'une séance d'acupuncture a effectivement une action sur les taux de cette hormone, mais qui se caractérise, au contraire de ce qui était espéré, par un freinage net de leur ascension physiologique diurne, et, ce qui est plus ennuyeux pour la tradition, que cet effet n'est pas spécifique des points du Rein, mais plus probablement lié à la libération de POMC qui caractérise tous les traitements d'acupuncture.

Ce « parasitage » endorphinique non spécifique pose problème : il s'agit d'un effet précoce, qui n'explique pas, et de loin, tous les effets de l'acupuncture, qui sont souvent plus tardifs. D'autre part, les mesures effectuées après une seule séance, pratiquées dans un premier temps pour détecter un éventuel effet autre que la libération de POMC, ne correspondant pas à la pratique de l'acupuncture, où les traitements comportent en général un minimum de 4-6 séances ; pour écarter définitivement une relation entre Rein chinois et EPO, il faudra d'abord passer le « parasitage » lié à la libération de POMC, et pour cela, comme l'a fait Spence pour la mélatonine [4] procéder à d'autres mesures, après un minimum de 5 séances d'acupuncture, et peut-être à d'autres moments du cycle nyctéméral. Ce sera l'objet d'un autre protocole.



### *Autres candidats pour la neuroprotection*

En attendant, faut-il pour autant conclure que l'acupuncture n'a pas d'effets neuro-protecteurs ? On peut répondre par la négative, puisqu'au moins trois produits libérés par les aiguilles sont impliqués dans de nombreuses affections neuro-psychiatriques.

L'ACTH et la MSH sont en raison de leur effet immuno-supresseur certainement utiles dans les affections neurologiques à mécanisme auto-immun, dont la sclérose en plaques est l'exemple type. Le fait que la sclérose en plaques soit rare en Afrique et d'une manière générale chez les individus à peau pigmentée pourrait être une preuve d'un effet de la MSH dans la prévention de la sclérose en plaques [5].

La mélatonine, sécrétée par la glande pinéale, bien connue pour son rôle dans l'ajustement des rythmes circadiens, est impliquée dans la pathogenèse de nombreuses affections neuro-psychiatriques [6] : ses taux sont abaissés chez les dépressifs, les schizophrènes, dans les troubles du comportement alimentaire, les dépendances, la maladie d'Alzheimer, les migraines ; et augmentés au contraire dans la manie, le trouble panique et la narcolepsie. Elle a un effet immuno-stimulant, et une dose orale administrée pendant une poussée de sclérose en plaques (SEP) peut faire flamber la maladie. Paradoxalement, la SEP s'accompagne de calcifications de la glande pinéale, et de taux bas de cette hormone ; en ce qui concerne cette affection, l'acupuncture, qui augmente les taux nocturnes de mélatonine [5], devrait donc être utilisée plutôt pour l'entretien que le traitement des crises. Au-delà de ses effets immunitaires, la mélatonine a des effets anti-oxydants et neuroprotecteurs bien établis, certainement utiles dans les affections dégénératives de type Alzheimer ou dans les démences vasculaires.

L'importance de la mélatonine dans les rythmes circadiens nous ramène au Rein : Rn6 (*zhaohai*), point d'ouverture du *yinqiaomai*, règle les temps *yin* (rythmes biologiques internes et la nuit) et est un point maître du sommeil ; peut-être s'agit-il du lien que nous cherchons ?

### **Conclusion**

On pourrait donc conclure en disant que nous pouvons traiter avec bonne conscience nos patients qui souffrent de problèmes neurologiques dégénératifs, finalement quelle qu'en soit l'origine, et qu'en plus nous sommes libres de choisir les points que nous préférons, puisque cet effet n'est pas spécifique.

C'est au fond déjà beaucoup, mais nous serions plus heureux si nous pouvions établir un lien spécifique avec le Rein chinois. Si la tradition, qui véhicule un savoir ancien, nous dit que le Rein nourrit les moelles, il est alors intéressant de vérifier cette assertion, et chercher encore d'autres produits biologiques capables d'assumer cette double fonction, médullaire et cérébrale, et liées au Rein ; il serait par exemple particulièrement intéressant de doser le nerve growth factor (NGF).

Dans l'immédiat, après cette évaluation préliminaire, nous allons poursuivre les dosages d'EPO avec un autre protocole, et contrôler l'effet de Rn6 (*zhaohai*) sur la mélatonine, qui expliquerait nombre des effets obtenus par l'acupuncture.

Pour conclure, cette étude m'a permis de mesurer un peu les difficultés pratiques que l'on peut rencontrer en cabinet dans ce type de travail : temps à disposition, moyens financiers, horaires des patients, problèmes avec le laboratoire, et j'en passe ; mais nous devons le faire, parce que nous sommes idéalement placés, faisant le lien entre la médecine occidentale que les acupuncteurs non médecins ne connaissent pas et l'acupuncture que les médecins ignorent tout autant.



Dr Marc Petitpierre  
Rue Hugo-de-Senger 7  
1205 Genève Suisse  
✉ mpetitpierre@bluewin.ch

### **Références**

1. Klausen T, Dela F, Hippe E, Galbo H. Diurnal variations of serum erythropoietin in trained and untrained subjects. *Eur J Appl Physiol Occup Physiol.* 1993;67(6):545-8.
2. Pasqualetti P. Circadian rhythm of serum erythropoietin in healthy subjects. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences.* 1996.



3. Roberts D. Erythropoietin does not demonstrate circadian rhythm in healthy men Journal of Applied Physiology. 1996(80):847-51.
4. Spence DW, Kayumov L, Chen A, Lowe A, Jain U, Katzman MA, Shen J, Perelman B, Shapiro CM. Acupuncture increases nocturnal melatonin secretion and reduces insomnia and anxiety: a preliminary report. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2004;16(1):19-28.
5. Constantinescu C. Melanin, Melatonin, Melanocyte Stimulating Hormone, and the Susceptibility to Autoimmune Demyelination; A Rationale for Light Therapy In Multiple Sclerosis. Medical Hypothesis. 1995(45):455-8.
6. Sandyk R, Awerbuch GI. Nocturnal Plasma Melatonin and Alpha-Melanocyte Stimulating Hormone Levels During

Exacerbation of Multiple Sclerosis. Intern J Neuroscience. 1992;67:173-86.

7. Lundeberg T. Effects of sensory stimulation (acupuncture) on circulatory and immune systems. In: Ernst E, White A, editors. Acupuncture, A Scientific Appraisal. Oxford: Butterworth-Heinemann, Professional Complementary Medicine; 2000. p.93-106.
8. Association genevoise des médecins acupuncteurs. Punctologie générale. Genève: Collection fondation Lebherz, éditions Gutenberg; 2003.

Mes remerciements à la fondation Lebherz pour son soutien.

L'auteur atteste qu'il n'existe aucun contrat financier avec la fondation Lebherz. L'auteur déclare donc n'avoir aucun conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.



## Institut Nguyen Van Nghi

### Livres et traités de Nguyen Van Nghi

Informations : Christine Recours-Nguyen

Tél. 04.96.17.00.30. Fax 04.96.17.00.31

#### Collection des Grands Classiques de la Médecine Traditionnelle *Traduction et Commentaires*

##### **Huangdi Neijing Suwen**

SW 1	Tome 1	65.00 €
SW 2	Tome 2	65.00 €
SW 3	Tome 3	90.00 €
SW 4	Tome 4	90.00 €

##### **Huangdi Neijing Lingshu**

LS 1	Tome 1	99.00 €
LS 2	Tome 2	99.00 €
LS 3	Tome 3	99.00 €

##### **Mai Jing**

"Mai Jing, classique des pouls de Wang Shu He"

MJ	1 volume	104.00 €
----	----------	----------

##### **Shang Han Lun**

"Maladies évolutives des 3 Yin et des 3 Yang (selon Shanghan Lun de Zhang Zhongjing)",

SHL	1 volume	88.00 €
-----	----------	---------

##### **Zhen Jiu Da Cheng.**

"Art et pratique de l'Acupuncture et de la moxibustion (selon Zhen Jiu Da Cheng)"

DC 1	Tome 1	55.00 €
DC 2	Tome 2	66.00 €
DC 3	Tome 3	90.00 €

#### Médecine traditionnelle

##### Médecine traditionnelle chinoise

MTC	1 Volume	138.00 €
-----	----------	----------

##### Sémiologie et thérapeutique en médecine énergétique orientale

ST	1 Volume	59.00 €
----	----------	---------

##### Pharmacologie en médecine orientale

PH	1 Volume	83.00 €
----	----------	---------

#### Port :

France : franco de port

Etranger : ajouter 10 € par livre

**Commandes :** Editions NVN,  
27, bd d'Athènes, 13001 Marseille.

#### Règlement :

☐ Chèque bancaire

☐ Mandat postal International

☐ Virement au profit du compte :

IBAN: FR76 3007 7010 01 00 0010 0147 L38

ADRESSE SWIFT: SMCTFR2AXXX

Bernard Memheld

# La nouvelle cranioacupuncture de Yamamoto (YNSA) Application à la pathologie ostéoarticulaire

**Résumé :** Le médecin japonais Toshikatsu Yamamoto découvrit dans les années 70 une somatotopie au niveau du crâne, jusque là inconnue. Il l'appela YNSA (Yamamoto New Scalp Acupuncture) et la compléta par un diagnostic abdominal et cervical qui en fait une méthode complète de diagnostic et de traitement. Le présent article se concentre sur l'application de la méthode à la pathologie ostéoarticulaire et a pour but de permettre au lecteur une mise en pratique immédiate de cette remarquable technique. **Mots-clés :** cranioacupuncture - Yamamoto - YNSA - pathologie ostéoarticulaire.

**Summary:** the Japanese doctor Toshikatsu Yamamoto discovered in the 70s a somatotopy at the level of the skull, to there unknown. He called him YNSA (Yamamoto New Scalp Acupuncture) and completed her by an abdominal and cervical diagnosis which makes it a complete method of diagnosis and treatment. The present article concentrates on the application of the method in the osteoarticular pathology and aims at allowing the reader an immediate application of this remarkable technique. **Keywords:** osteoarticular pathology - cranioacupuncture - Yamamoto - YNSA.

## Présentation de la méthode

Le Docteur Toshikatsu Yamamoto, médecin japonais, découvrit dans les années 1970 une nouvelle somatotopie au niveau du crâne, jusque là inconnue. Il l'appela YNSA (Yamamoto New Scalp Acupuncture). Au cours de ses travaux de recherche, il compléta sa méthode par un diagnostic abdominal et cervical, basé sur les principes fondamentaux de la Médecine Traditionnelle Chinoise. Une présentation d'ensemble de la méthode ayant été effectuée dans une publication précédente [1], nous nous concentrerons ici sur les zones concernant l'appareil locomoteur. Cette technique, diagnostique et thérapeutique, est assez facile à apprendre et permet, dans un grand nombre de cas, une amélioration rapide, voire spectaculaire, de la symptomatologie.

## Localisation et indications des points fondamentaux ou points de base

### *Subdivision du crâne yin – yang*

Yamamoto a subdivisé le crâne en une partie *yin* ou frontale allant du nez à la pointe du pavillon auriculaire et une partie *yang* ou occipitale, située en arrière de la pointe du pavillon de l'oreille. Au cours d'un traitement, les points frontaux sont de loin les plus utilisés. Dans

seulement 2-5% des cas environ, il est fait appel aux points occipitaux. C'est pour cette raison que seuls seront présentés dans ce travail les points frontaux concernant l'appareil locomoteur.

Cela permettra au lecteur de s'approprier plus rapidement les bases d'une nouvelle technique acupuncturale.

### *Localisation et indications des points frontaux concernant l'appareil locomoteur*

Ces points frontaux devraient en fait être nommés zones car chacun d'eux s'étend sur une largeur d'environ 0,5 cm et une longueur d'environ 2 cm. Un élément anatomique important pour le repérage correct de ces zones est la lisière du cuir chevelu, frontale et temporale. A chaque zone a été attribuée une lettre de l'alphabet, et ceci en fonction de la chronologie de découverte et non pas de la topographie anatomique. (Ce fait explique pourquoi la zone E est frontale alors que la zone D est temporale) (figure 1 et figure 2).

### **Zone A**

Située à cheval sur la lisière frontale du cuir chevelu et à 0,5 cm de la ligne médiane, elle correspond à la tête et à la colonne cervicale ; les segments de cette dernière s'y trouvent représentés, de C1 à C7, du haut de la zone vers le bas.

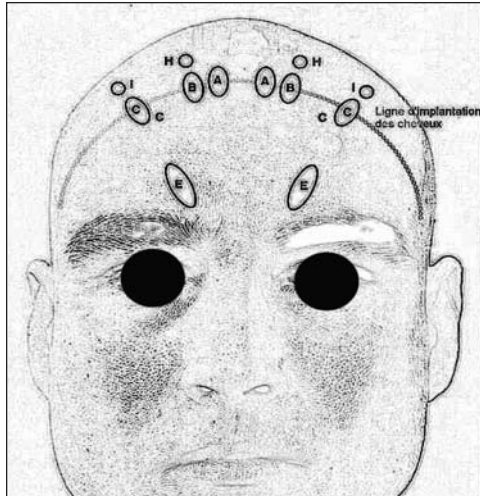


Figure 1. Points frontaux, de face (d'après [2], modifié).

### Zone B

Située 0,5 cm latéralement de la zone A et parallèle à celle-ci, elle correspond à la colonne cervicale dans son ensemble ainsi qu'à l'épaule.

### Zone C

Située à cheval sur la lisière frontale du cuir chevelu, sur une ligne qui prolonge la zone E, elle correspond à l'ensemble du membre supérieur. L'épaule occupe la position la plus craniale, puis vient le coude et enfin la main à la partie la plus distale.

### Zone D

Située à cheval sur la lisière temporelle du cuir chevelu, 1-1,5 cm au dessus de l'arcade zygomatique, elle correspond à la colonne lombaire ainsi qu'au membre inférieur dans son ensemble. A noter que pour traiter les lombalgies, les sciatalgies, le genou et la hanche, il faut utiliser des zones complémentaires que nous verrons plus loin.

### Zone D1-D5

Située directement en avant de l'oreille, cette zone verticale s'étend de l'insertion haute du pavillon jusqu'au bord supérieur de l'arcade zygomatique. Elle est subdivisée en 5 points, numérotés de haut en bas, qui correspondent aux 5 segments rachidiens de L1 à L5.

### Zone E

Située sur le front, partant du point VB14 (*yangbai*), elle se dirige, sur une longueur de 2 cm, vers le point V2 (*zanzhu*). Elle correspond à la colonne dorsale, de haut en bas de Th1 à Th12, et au thorax.

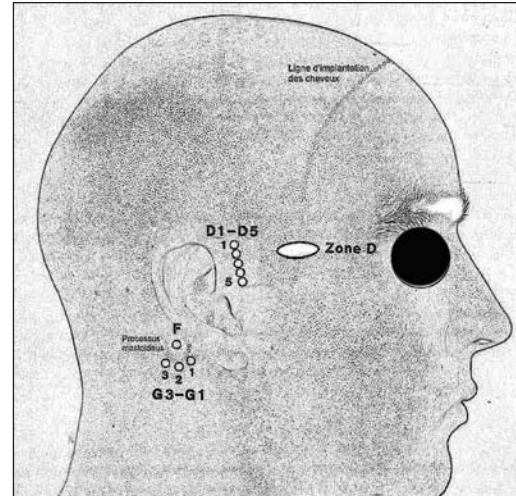


Figure 2. Points frontaux, de profil (d'après [2], modifié).

### Zone F

Située derrière l'oreille, au point le plus proéminent de l'apophyse mastoïde, elle est utilisée en complément de la zone D en cas de névralgie sciatique.

### Zone G

Subdivisée en 3 points (G1 à G3), ceux-ci sont disposés en arc de cercle autour de la pointe de la mastoïde. G1 correspond à la face interne du genou, G2 au creux poplité et G3 à la face latérale.

### Zones H et I

Décrites ensembles car elles ont les mêmes indications, à savoir être utilisées en complément en cas d'affection de la hanche ou de la colonne lombaire.

La zone H se trouve dans le prolongement proximal de la zone B ; la zone I dans le prolongement proximal de la zone C.

Tableau I. Mémento des zones frontales concernant l'appareil locomoteur.

Zone A : tête et colonne cervicale, de C1 à C7, de haut en bas.
Zone B : colonne cervicale, épaule.
Zone C : membre supérieur, représenté selon la topographie, de haut en bas.
Zone D : colonne lombaire, membre inférieur (non différencié).
Zone D1 à D5 : colonne lombaire de L1 à L5, de haut en bas.
Zone E : colonne dorsale de Th1 à Th12 de haut en bas, thorax.
Zone F : sciatalgies.
Zone G : genou ; G1 medial, G2 dorsal, G3 latéral.
Zone H et I : hanche et colonne lombaire, en complément.

## Application pratique et technique de puncture

Le ou les points nécessaires au traitement seront recherchés et le plus souvent trouvés en ipsilatéral, du même côté que le segment malade. Lorsque l'on palpe le bon point, celui-ci est non seulement douloureux, mais donne également à l'examineur une impression d'induration très localisée, comme un petit corps étranger sous la peau (phénomène de grain de sable). Cette association douleur + induration est essentielle au diagnostic ! On s'apercevra que peu de points sont ainsi réactifs ; par conséquent, la méthode ne requiert qu'un petit nombre d'aiguilles : de 1 à 3 par séance.

Souvent les patients ressentent un soulagement de leurs douleurs dès la pose des aiguilles. Tous les patients devraient au moins ressentir une certaine amélioration dès la fin de la première séance.

Nous en arrivons à présent à l'un des éléments-clés de la réussite, à savoir la technique de puncture, qui est tout à fait spécifique et nécessite, de ce fait, un peu d'entraînement (figure 3).

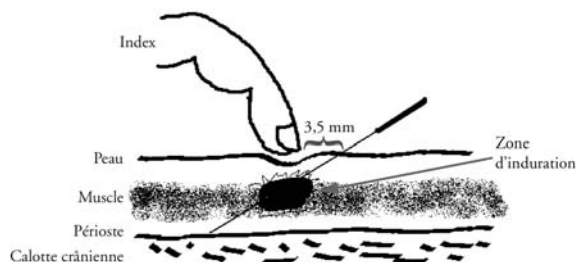


Figure 3. Technique de puncture.

Le point est reconnu et localisé à la palpation (douleur + induration) ; l'index fixe alors cette petite zone indurée qui ne doit pas être perdue ! En effet, il est essentiel que l'aiguille transfixe très précisément cette zone ! Cela impose de palper pendant la puncture, et nous oblige donc à puncturer en oblique, opération toujours effectuée de bas en haut. Si l'aiguille chemine correctement, l'opérateur perçoit très bien une résistance qui tout à coup cède (la zone d'induration vient d'être traversée) ; il faut alors poursuivre la puncture jusqu'au contact du périoste. On laisse l'aiguille en place pendant 20 minutes, sans stimulation complémentaire.

Le nombre et la fréquence des séances dépendent du tableau clinique et ne peuvent être schématisées. Notons cependant qu'il est possible d'effectuer des séances quotidiennes en cas d'affections aiguës et qu'il est tout à fait possible d'associer la cranioacupuncture de Yamamoto et l'acupuncture corporelle chinoise.

## Conclusion

Le présent article a pour but de présenter, de la manière la plus pratique possible, une technique d'acupuncture encore peu usitée en France et qui permet d'obtenir des résultats souvent étonnants. Pour des raisons avant tout pratiques, j'ai volontairement limité cette publication à l'appareil locomoteur. Il faut cependant savoir que cette passionnante méthode s'applique à bien d'autres pathologies, notamment en médecine interne et surtout en neurologie, domaine dans lequel Yamamoto lui-même excelle. Il a fondé, au Japon, 3 cliniques de rééducation fonctionnelle. C'est une preuve éclatante de l'efficacité de sa méthode. Pour finir, il ne faut pas oublier qu'il existe également une cranioacupuncture chinoise, notamment celle de Jiao Shunfa [4]. Se pose alors inéluctablement, comme pour l'acupuncture auriculaire, l'épineux problème des discordances (apparentes ?) en matière de localisations. Nous reviendrons sur cette passionnante problématique dans le prochain article.



Dr Bernard Memheld  
Robert-Bosch-Strasse 7  
D – 77656 Offenburg-Elgersweiler  
☎ 0049/7816393199  
✉ bernard.memheld@wanadoo.fr

## Références

1. Lambrechts G : La nouvelle craniopuncture selon Yamamoto (YNSA). *Acupuncture et moxibustion*. 2007;1(6):39-45.
2. Hecker HU, Steveling A, Peuker ET (Hrsg.). *Ohr-, Schädel-, Mund-, Hand-Akupunktur*. 3ème ed. Stuttgart:Hippokrates Verlag; 2002.
3. Yamamoto T, Yamamoto H, Yamamoto M. *Yamamoto Neue Schädelakupunktur YNSA*. 1ère ed. Kötzing/Bayerischer Wald: Verlag für Ganzheitliche Medizin Dr. Erich Wühr; 2005.
4. Jiao Shunfa. *Head Acupuncture*. Beijing:Shanxi Publishing House; 1982.

Marc Piquemal

## Points *shu*, merveilleux et système nerveux végétatif

**Résumé :** L'acupuncture semble avoir une action régulatrice sur le système nerveux végétatif. Dans un groupe de 29 personnes, l'analyse temporelle et spectrale de l'intervalle RR entre deux battements cardiaques confirme que l'acupuncture induit dans 80% des cas, sur une courte période de temps, un retour plus rapide à l'équilibre dynamique entre le versant ortho et parasympathique. **Mots-clés :** analyse spectrale - intervalle RR - acupuncture - système neurovégétatif - SDNN.

### Summary

Acupuncture seems to acts efficiently upon neurovegetative system. It is the result of a statistic study based on time and frequency domain analysis of RR interval of two heart beats. In 80% of cases ( 29 people), acupuncture in a brief time delay, balance ortho versus para sympathetic influence. **Keywords :** spectral analysis - RR interval - acupuncture - Neurovegetative system - SDNN.

### Introduction

L'activité cardiaque représente un des indicateurs les plus accessibles à l'étude de la manifestation des deux versants complémentaires du système nerveux végétatif. La fréquence cardiaque, appréciée lors d'un examen clinique ne représente en fait que la valeur moyenne, sur un laps de temps défini, en général une minute, de la totalité des révolutions cardiaques qui se sont succédées. Comme annoncé plus haut, il s'agit d'une moyenne. Ceci signifie que la fréquence cardiaque qui paraît être constante pour un sujet au repos par exemple, est en fait la résultante de la variation de cette même fréquence autour d'une valeur moyenne. Comment apprécier cet intervalle de temps fluctuant qui scande chaque battement cardiaque ? Deux révolutions cardiaques, électriquement traduite par un signal électrique composé de l'onde P, du complexe QRS suivi de l'onde T, sont séparées par un intervalle de temps libre. Pour des raisons de facilité de capture et d'analyse de ce signal électrique, il correspond au délai existant entre deux déflexions positives R du complexe QRS. Il s'exprime en millisecondes et varie autour d'une valeur moyenne. Cette variation, appréciée en mathématique par la déviation standard, reflète l'activité incessante adaptative des tonus ortho et parasympathiques pour maintenir les conditions homéostatiques optimales.

Il est donc possible, en enregistrant les cycles cardiaques sur un temps suffisamment long, d'évaluer le pourcentage de participation, au sein de la régulation des battements cardiaques, des deux composantes du système nerveux autonome. Des récentes études ont révélé que cet indicateur n'est pas sensible à l'effet placebo [1,2,3,4,5].

Au moyen de cet outil de recherche, est envisagé l'action de certains points d'acupuncture sur le tonus neurovégétatif. Peut-on différencier alors l'action des points *shu* de celle des points merveilleux sur le tonus neurovégétatif ?

### Matériel et Méthode

#### Matériel

- Un appareil de mesure des intervalles RR, de la marque Polar modèle 810 i.
- Un ordinateur.
- Un programme de lecture de cet enregistrement, destiné à évaluer les deux versants du système nerveux végétatif, provenant de l'université Kuopio de Finlande, département de physique appliquée.

#### Méthode

Une série de 29 patients, d'horizons socio-économico-culturels différents est convié à ce protocole de recher-





**Figure 1.** Capture des données (intervalle RR), à l'aide de l'enregistreur de pulsations cardiaques.

che. Le patient, tout au long de cette étude, reste en position assise dans une ambiance neutre, proche des conditions d'évaluation du métabolisme de base. Des l'arrivée du patient, une mesure des intervalles RR est réalisée suivie d'une deuxième, après 8 minutes de repos. En utilisant la technique de la palpation subtile des points merveilleux [6], sont sélectionnés trois méridiens à partir desquels trois points d'acupuncture (*shu*) sont retenus, deux d'entre eux offrant une polarité dominante *yin* ou *yang*. Les aiguilles sont laissées en place 10 minutes. Un temps de mesure des intervalles RR de 5 minutes fait suite. Sur l'ensemble des trois points sélectionnés, une seule aiguille sera retirée pour

être à nouveau remplacée, toujours en gardant le même méridien d'origine, mais cette fois-ci, sur un point merveilleux (exemple : départ (VB42, P9 à gauche et GI4 à droite puis VB42, P7 à gauche et GI4 à droite). Une nouvelle série de mesure des intervalles RR, d'une même durée est réalisée, évaluant ainsi l'action sur le système nerveux végétatif, de cette nouvelle configuration acupuncturale (voir figure 1).

## Résultats

### *Domaine du temps*

L'ensemble des mesures obtenues s'explore sous deux aspects. Le premier s'applique au domaine du temps et prend en considération une variable : La déviation standard du temps écoulé entre deux intervalles successifs du complexe QRS ou SDNN (sigle anglais pour Standard Deviation from Normal to Normal, en français : écart type entre deux battements normaux). Cet indicateur permet d'estimer la dispersion des valeurs autour de la valeur moyenne du temps de latence entre deux révolutions cardiaques successives. La fluctuation normale de ce délai entre deux contractions cardiaques reflète le jeu permanent de la régulation du système neurovégétatif. Elle s'affiche autour d'une valeur moyenne de 141 ms +/- 39 ms, dans le cas d'un être en bonne santé.

L'ensemble des données recueillies auprès de 29 patients réputés sains montrent que la stimulation par aiguilles de trois points *shu* améliore la qualité de ce délai, témoin de la relation orthosympathique / parasympathique par rapport au simple repos. Cet intervalle RR, apprécié par sa déviation standard (SDNN) tend encore plus vers la normale lorsque une des trois aiguilles se trouve implantée sur un point merveilleux (tableau I).

**Tableau I.** Valeurs du SDNN en millisecondes et sa variation lors de la situation de repos, l'implantation d'aiguille sur trois points *shu*, deux points *shu* et un point merveilleux.

SDNN	Arrivée	Repos	3 <i>Shu</i>	2 <i>Shu</i> +1 Point Merveilleux
Moyenne SDNN	65,86	145,69	94,96	129,76
déviati Standard SDNN	50,40	309,97	63,14	99,40

### Domaine des fréquences

L'analyse dans le domaine des fréquences, offre l'avantage de quantifier l'énergie globale mise en jeu. Elle permet aussi de déterminer l'importance relative du rôle joué par les deux protagonistes du système nerveux végétatif.

Plusieurs informations ressortent de l'analyse spectrales des données de l'intervalle RR :

- Le retour au repos physiologique est un processus d'adaptation qui coûte de l'énergie. Cette dépense énergétique trouve son explication dans la modulation des deux composants du système neurovégétatif qui s'engagent, dans des proportions diverses et changeantes, lors de ce processus homéostatique. Pour l'ensemble de notre population, la variation de l'énergie initiale par rapport à l'énergie de repos présente une moyenne de -548% avec une déviation standard de 1838%. Le signe moins indique que ce processus est coûteux pour l'organisme et la valeur élevée de la déviation standard montre que l'adaptation est bien de caractère individuel ! Il n'y a pas de schéma de régulation préétabli. Parfois les mécanismes de régulation font intervenir le système orthosympathique parfois le parasympathique, relevant cette notion de complémentarité entre les deux versants du système neurovégétatif.
- L'utilisation des points d'acupuncture sollicite une plus grande réponse en tant que dépense énergétique de la part du système nerveux végétatif, que le retour spontané à une situation de repos (tableau II).

**Tableau II.** Variation de l'énergie mobilisée par le système nerveux végétatif, au cours de la situation de repos et de l'acupuncture.

	Retour au repos	points <i>shu</i>	points <i>shu</i> +merveilleux
<b>Moyenne</b>	-548%	-633%	-823%
<b>Déviation</b>	1839%	2783%	2962%

- De récentes données au sujet de la signification de l'intervalle RR, montrent que l'homéostasie serait optimale pour un rapport orthosympathique / parasympathique dans une proportion de 1,5 à 2 [5]. En ce qui nous concerne, les réponses observées au cours de ce protocole sont très diverses voire parfois contradictoi-

res, que se soit au cours du repos comme après la stimulation par acupuncture. Dans 60% des cas, l'acupuncture exerce un effet très favorable sur la régulation du système nerveux végétatif. Elle le conduit vers un retour à la normale dans cette relation complémentaire orthosympathique/parasympathique. Cette action est encore plus performante lors de la sollicitation d'un point merveilleux en lieu et place de l'un des trois points *shu* initialement utilisés. Ceci tendrait à confirmer le rôle prédominant de commande des points merveilleux par rapport aux points *shu* seuls, sur la régulation du système nerveux végétatif (tableau III).

**Tableau III.** Variation de la relation orthosympathique / parasympathique, durant le déroulement du protocole.

Résultats	Départ	5 minutes	points <i>shu</i>	points <i>shu</i> +merveilleux
<b>Moyenne</b>	9,77	7,21	6,61	3,11
<b>Ecart Type</b>	12,38	11,28	9,56	3,10

Pour 20 % de la population de personnes réputées saines, persiste cette action régulatrice de l'acupuncture sur le système nerveux végétatif soit grâce au trio des *shu*, soit grâce au mélange points *shu* + point merveilleux. Dans 20% des cas, aucun effet positif n'a pu être constaté en ce qui concerne cet aspect de régulation du système nerveux végétatif, par trois points d'acupuncture.

### Interprétation

L'analyse de l'intervalle RR entre deux battements cardiaques successifs, montre que l'homéostasie est un phénomène actif qui requiert de manière permanente l'intervention dynamique du système neurovégétatif. Celui-ci s'exprime au moyen de ses deux versants complémentaires ortho et para sympathique, liés entre eux, l'expérience le démontre, sous la forme d'un rapport variant, physiologiquement de 1,5 à 2 chez un sujet sain. Tout excès autour de ce rapport conduit à une perte de qualité de l'homéostasie qui, si elle se prolonge, se traduira par un déséquilibre non compensé, conduisant à une pathologie fonctionnelle puis organique[1,2,3,4,5]. Cet outil de contrôle réputé insensible à l'effet placebo, donne un fidèle aperçu de

la qualité de la régulation opérée par le système nerveux végétatif, de manière quasi instantanée et indolore.

La première observation qui se dégage des données est que pour beaucoup de patients, la situation de repos physique ne s'accompagne pas toujours de repos en terme d'activité régulatrice du système nerveux végétatif, bien au contraire ! L'analyse spectrale montre que le retour à l'équilibre dynamique se fait, du point de vue neurovégétatif par une suractivité de l'un des deux versants du système nerveux autonome et non par la seule réduction du versant proportionnellement hyperactif (ortho ou para sympathique).

En ce qui concerne l'action de l'acupuncture sur ce système neurologique, il apparaît que la dépense énergétique (obtenue par l'analyse spectrale) est plus importante que celle développée lors du repos spontané. La seule différence et elle est majeure, est que sous la conduite de l'acupuncture, le pourcentage du retour à un juste équilibre entre les versants ortho et para sympathique est très élevé, 80% de notre population. L'autre fait marquant est la constatation d'une action plus efficace de la part des points merveilleux par rapport aux points *shu* seuls. Ceci tend à prouver qu'il existe bien une hiérarchie fonctionnelle des points, propriété annoncée depuis longtemps par les médecins chinois et confirmés lors de cette étude.

## Conclusion

Dans une précédente étude [7,8], il avait été fait mention de l'action prédominante sur le système nerveux végétatif, des points merveilleux par rapport aux points *shu*, donnée ressortant de l'analyse par les biodifférences de potentiels électriques cutanées, lors de la stimulation des points Maîtres merveilleux. Utilisant un autre outil de recherche, indolore, passif, non invasif, la mesure de la variation des intervalles RR, délai séparant deux contractions électriques successives des ventricules, il a été possible de :

- constater l'action régulatrice de l'acupuncture sur le système nerveux végétatif.
- confirmer l'existence d'une hiérarchie fonctionnelle, au sein de l'arsenal des points d'acupuncture, sur un système : le système nerveux autonome. De plus, est

soulignée l'efficacité majeure de l'acupuncture par rapport aux acquis d'une régulation opérée par la seule intervention du repos.

La recherche de la dynamique énergétique des 8 points Maîtres merveilleux, au moyen de la palpation subtile, relevant leur asymétrie, leur variation de tonus a été la clef de la sélection des déficits énergétiques, traduite en clinique en terme de déséquilibre ortho/parasympathique, mesurable grâce à cet outil. Leur récupération, contrôlée au moyen de la mesure du rapport relatif entre les versants ortho et parasympathique, un des éléments clefs de l'homéostasie, fut objectivable, soulignant la fonction prépondérante de certains points associés (points merveilleux) sur la régulation du système neurovégétatif.



Docteur Marc Piquemal  
Casilla Correo 2899  
Asuncion Paraguay  
✉ bioconsulta@quanta.com.py

## Références

1. Grossman P. Respiratory and cardiac rhythms as windows to central and autonomic biobehavioral regulation: Selection of window frames, keeping the panes clean and viewing neural topography. *Biological Psychology*. 1992;34:131-161.
2. Kristal-Boneh E, Raifel M, Froom P, Ribak J. Heart rate variability in health and disease. *Scan J Work Environ Health*. 1995;21:85-95.
3. Offerhaus RE. Heart rate variability in psychiatry. In: RJ Kitzney, Rompelman O (eds). *The Study of Heart Rate Variability*. Oxford: Oxford University Press, 1980: 225-238.
4. Sloan RP, Shapiro PA, Bigger T Jr, Bagiella E, Steinman RC, Gorman JM. Cardiac autonomic control and hostility in healthy subjects. *Am J Cardiol*. 1994;74:298-300.
5. Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology. Heart rate variability: standards of measurement, physiological interpretation and clinical use. *Circulation*. 1996;93:1043-65.
6. Willem G. La palpation subtile en acupuncture. Ed Frison Roche: Paris;2004.
7. Piquemal M, Castellani R. Points d'acupuncture et points merveilleux : dynamique énergétique. *Acupuncture et moxibustion*. 2007;6(1):46-50.
8. Piquemal M. Journées de Wattignies : acupuncture, palpation subtile et lumière. *Acupuncture et moxibustion*. In print ; 2007.

Johan Nguyen

## Acupuncture et MTC, quelques réflexions.



Le texte de cette conférence fait suite à celui d'Olivier Goret présenté dans le dernier numéro d'Acupuncture & Moxibustion [1] (présentation au MEDEC 2007, Paris). L'acupuncture, c'est une partie la médecine traditionnelle chinoise (MTC). La MTC c'est l'ensemble des pratiques et des savoirs médicaux élaborés par le monde chinois sur près de vingt siècles.

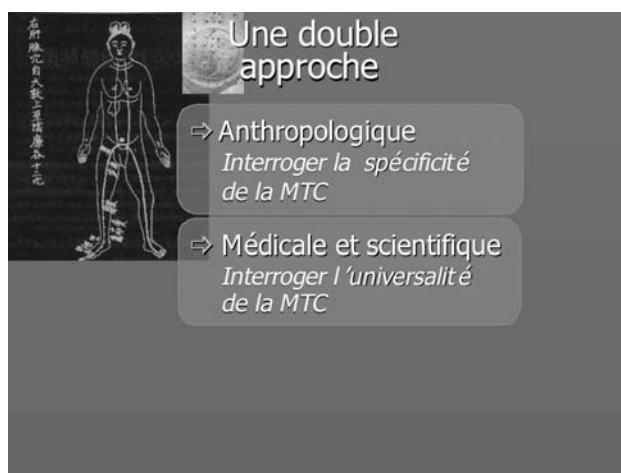


Le médecin occidental perçoit une double bizarrerie. C'est d'abord une **bizarrerie géographique** pour notre médecine mondialisée. C'est une médecine **chinoise** : il s'agit donc d'un savoir développé à l'autre extrémité du continent eurasien. C'est un savoir développé de façon quasi-autonome par rapport à la Médecine occidentale. Ce sont des pratiques constituant au XXI<sup>e</sup> siècle une part importante du système de santé chinois à côté de la médecine dite occidentale. C'est un savoir qui est professionnalisé et institutionnalisé. Les chinois disent sur cette dualité de leur système de santé « marcher sur les deux jambes ». Mais notre médecine est fondamentalement unipodale, et la greffe d'un nouveau membre ne va pas de soi et nécessite un questionnement.

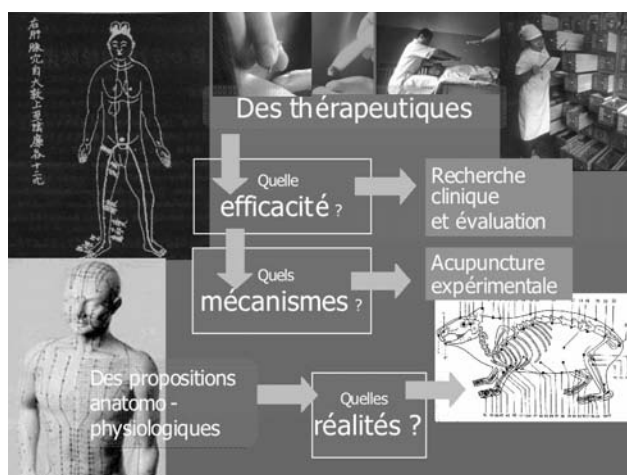




Deuxième bizarrerie : c'est une bizarrerie historique. C'est une médecine **traditionnelle**. La tradition évoque la permanence, là où notre médecine est habituée aux révolutions scientifiques. Si on se place par exemple sur le seul plan des sources écrites de l'acupuncture, les premiers textes sont les manuscrits de Mawangdui, deux siècles avant J.C. et un des derniers classiques significatifs est la Dacheng au début du XVII<sup>e</sup> siècle. Tout l'essentiel du corpus de l'acupuncture est développé entre ces deux dates. D'un point de vue historique et occidental nous sommes avant tout devant **un savoir antique et médiéval**.

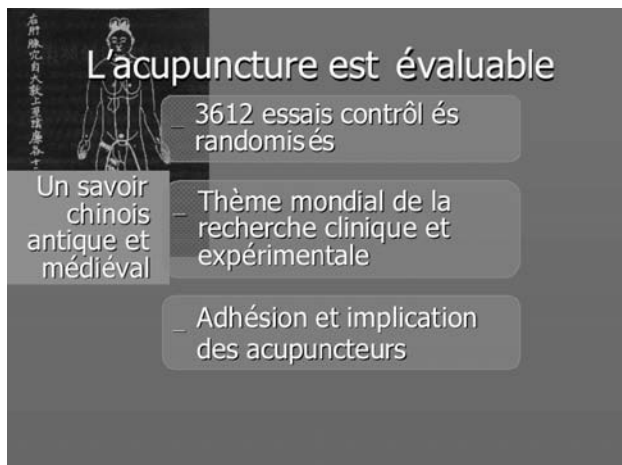


La médecine Traditionnelle chinoise en France pose donc naturellement question. La réponse à ces questions passe par une double approche. D'un côté une **approche anthropologique** : il s'agit de décrire, d'analyser et comprendre la singularité de la MTC : interroger sa **spécificité**. De l'autre **l'approche médicale et scientifique** qui nous incombe à nous médecins : interroger **l'universalité** de la MTC. Quelle peut être la contribution chinoise à l'universalité de la médecine ? Nous avons donc deux approches opposées et complémentaires mais également indissociables : l'approche médicale ne peut se faire que sur le terrain mis à jour par l'approche anthropologique.



Sur le plan médical : la MTC c'est d'abord des **thérapeutiques** : des aiguilles, des plantes ou des techniques corporelles. Ces thérapeutiques posent le problème de leur **efficacité** : c'est l'objet de la recherche clinique et de l'évaluation. Elles posent le problème du **mécanisme d'action**, particulièrement en ce qui concerne l'acupuncture : c'est l'objet de l'acupuncture expérimentale. Les thérapeutiques sont également sous-tendues par des propositions anatomo-physiologiques très spécifiques : par exemple dans le cas de l'acupuncture les points et les méridiens posent le problème de leur nature. C'est aussi l'objet de l'acupuncture expérimentale. Donc il y a un **questionnement légitime** mais il y a des **moyens de réponse** et des **éléments de réponse**.





**L'acupuncture est évaluable**

- 3612 essais contrôlés randomisés
- Thème mondial de la recherche clinique et expérimentale
- Adhésion et implication des acupuncteurs

Un savoir chinois antique et médiéval

L'acupuncture, c'est en 2007 3612 essais contrôlés randomisés en acupuncture répertoriés [1]. Ils portent sur près d'une centaine de situations cliniques. Ils sont issus d'une quarantaine de pays à recherche clinique active. Sur les 20 dernières années, il y a eu une révolution scientifique de l'acupuncture : **On est passé d'un savoir chinois antique et médiéval à un thème mondial de la recherche clinique et expérimentale.** L'acupuncture est évaluable et l'évaluation a l'adhésion de la communauté des acupuncteurs. Cela ne va pas naturellement de soi. Il y a des disciplines médicales comme la psychanalyse ou l'homéopathie où existe une très forte opposition à ce processus.

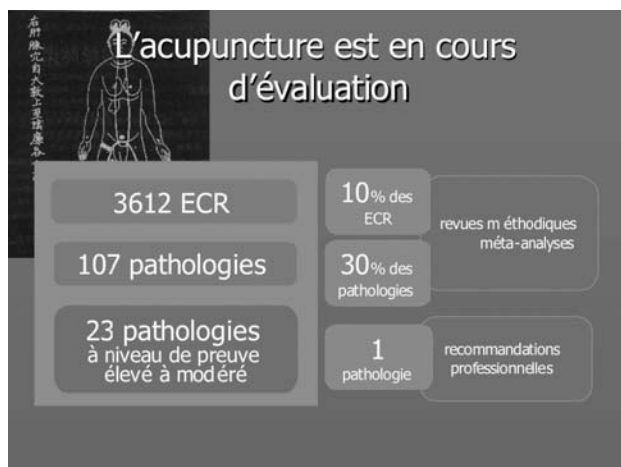


**L'acupuncture est évaluée**  
Une efficacité démontrée  
Des méta-analyses concordantes

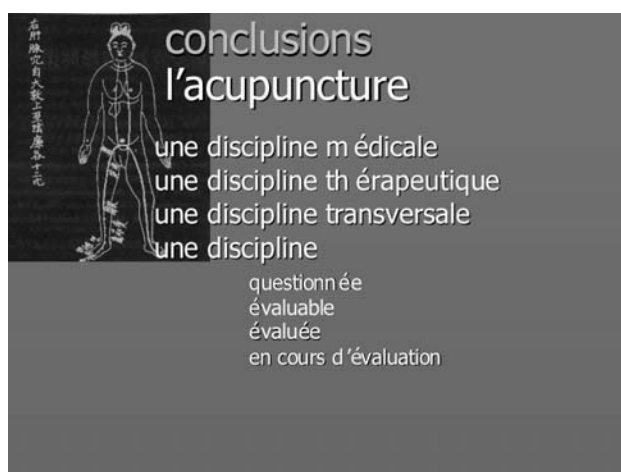
**Des thèmes majeurs de santé publique**

- Lombalgies chroniques**  
L'efficacité de l'acupuncture n'est pas démontrée.  
ANAES -2000
- Sevrage tabagique**  
L'acupuncture n'a pas fait la preuve de son efficacité.  
ANAES 1999 / AFSAP -2002
- Versions du si ège**  
...  
HAS- 2005

L'acupuncture est évaluable et elle est évaluée. Nous avons vu que son efficacité est démontrée par des méta-analyses concordantes concluant à une forte évidence en faveur de l'acupuncture. Cette efficacité est notamment démontrée dans des domaines majeurs de santé publique. Nous reprendrons trois thèmes : 1) les lombalgies chroniques ; 2) le sevrage tabagique (inutile de préciser l'importance majeure de ces deux thèmes) ; 3) les versions de siège. En France c'est annuellement 30 à 40.000 présentations du siège. L'application systématique de l'acupuncture, si l'amplitude de son action est confirmée représenterait 10.000 césariennes annuelles évitées. Il existe pourtant une discordance avec les recommandations professionnelles françaises. Dans les lombalgies « l'efficacité de l'acupuncture n'est pas démontrée (ANAES -2000) ». Dans le sevrage tabagique « L'acupuncture n'a pas fait la preuve de son efficacité (ANAES 1999 / AFSAP-2002) ». Aucune recommandation sur l'acupuncture dans les présentations du siège n'est présente dans les recommandations de 2005. Ceci alors que tout (version du siège, sevrage tabagique) ou partie (lombalgies) des données étaient disponibles. Il faudra analyser les raisons de cette discordance.



Nous ne sommes qu'au début d'un processus. 3612 ECR ont été identifiés, ils portent sur 107 pathologies, dans 23 un niveau de preuve de fort à modéré a été mis en évidence par des revues méthodiques ou des méta-analyses. Mais les revues méthodiques publiées n'incluent que 10% des essais publiés. Elles ne concernent que 30 pathologies, c'est-à-dire moins de 30% du champ d'application de l'acupuncture défini par les ECR. Cela ne se traduit dans les recommandations professionnelles françaises que par une seule recommandation avec un niveau de preuve supérieur à A ou B de l'HAS : les nausées et vomissement gravidiques. Ceci suggère qu'il faut s'attendre dans les prochaines années à des modifications majeures de la place de l'acupuncture dans notre système de soins.



L'acupuncture est une **discipline médicale** : à l'évidence on parle de médecine, et à l'évidence elle concerne les médecins. C'est une **discipline thérapeutique** : son objet c'est le traitement du patient par une thérapeutique spécifique. C'est une **discipline transversale** par le champ de ses indications : elle a des applications dans toutes les disciplines cliniques. C'est une discipline **questionnée, évaluable, évaluée, en cours d'évaluation**. C'est une discipline médicale au milieu d'autres disciplines médicales.



D<sup>r</sup> Johan Nguyen,  
27, bd d'Athènes - 13001 Marseille  
☎ 04.96.17.00.30 📠 04.96.17.00.31  
✉ johan.nguyen@wanadoo.fr

#### Références

1. Goret O. Essais contrôlés randomisés, revues méthodiques et méta-analyses en acupuncture. *Acupuncture & Moxibustion*. 2007;6(2):165-8.



## Pratique en acupuncture auriculaire

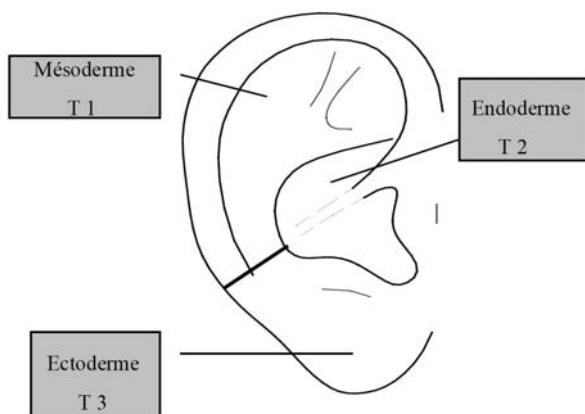
*Yves Rouxeville, Yunsan Meas*

### Divers types de points auriculaires

Le pavillon de l'oreille est un poste de guet, placé en dérivation du tronc cérébral, sur le chemin reliant les organes et le cerveau. Il permet ainsi un juste contrôle et une intervention efficace. Le point auriculaire peut être reconnu par le sujet (point douloureux chez les algiques, point insensible chez les douloureux chroniques), ou par l'examineur (modification fugace du pouls nommée RAC ou VAS). Il sera contrôlé par détection électrique, donc infirmé ou confirmé.

#### Les trois territoires, les deux oreilles

On décrit trois territoires nommés T 1, T 2 et T 3. De façon grossière, ils supportent chacun une innervation particulière : Trijumeau V3 pour T 1, Pneumogastrique X pour T 2, plexus cervical pour T 3 (figure 1). La représentation des organes du corps est décrite sur T 1 pour les dérivés du mésoderme (l'appareil locomoteur et l'appareil uro-génital), sur T 2 pour les dérivés de l'endoderme (les viscères thoraciques et abdominaux), sur T 3 pour l'ectoderme (le système nerveux) [2,3].



**Figure 1.** Les trois territoires de l'oreille.

Dans la recherche, nous serons guidés par deux priorités : le côté de la douleur, la latéralité du malade. En cas de pathologie unilatérale, on recherchera en priorité à l'oreille homolatérale (ex. l'oreille droite pour le genou droit). De même, chez le droitier, nous rechercherons en priorité à l'oreille droite les points en relation avec les organes, à l'oreille gauche les points reliés aux troubles anxio-dépressifs.

Cette règle habituelle n'est pas obligatoire : le point peut être détecté sur l'oreille controlatérale à l'affection. Il en est de même pour l'oreille de la latéralité.

#### Les cartographies

Dans un territoire, le point n'est pas fixe. Il est à rechercher dans une zone de probabilité préférentielle. Les cartographies décrivent la représentation des organes sur le pavillon de l'oreille sous forme de petites zones, telle qu'elle a été comprise par leurs auteurs. Ce n'est pas l'organe lui-même qui est représenté sur le pavillon auriculaire, mais bien son innervation ! Par abus de langage, on indique souvent « tel organe est » alors que la rigueur sémantique voudrait que l'on précise « la représentation de tel organe sur le pavillon de l'oreille est ».

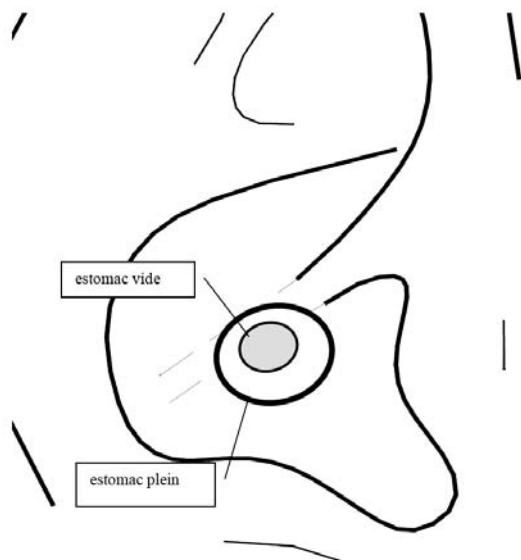
Les organes sont représentés sur le pavillon de l'oreille par des zones plus ou moins étendues. La zone est habituellement petite (un cercle de 5 mm de diamètre) mais peut être plus étendue. Par contre, pour les points-maîtres et les points d'adaptation, la zone est plus petite.

### *Les localisations du point variant*

Chez les malades chroniques, le point n'est pas situé obligatoirement à la localisation notée chez les malades aigus. Ce fait permet de comprendre que le point du genou décrit par Nogier n'est pas celui décrit par les Chinois. Dans les deux écoles, le recrutement des malades étant différent nous semble une explication. Or, les uns et les autres ayant observé des résultats favorables, la valeur des deux localisations est probante !

Lors de la réunion de l'OMS sur la Nomenclature en 1990 à Lyon, n'ont été retenus que les points sur lesquels les différentes écoles étaient unanimement d'accord. Ce ne fut pas le cas pour les localisations aux articulations du membre inférieur. Hors de toute passion, le Pr Jean Bossy a exposé avec sagesse qu'à son avis les deux localisations étaient valables, puisqu'elles sont toutes deux sur le même territoire nerveux [4] !

De plus, la représentation d'un organe varie selon son état de fonctionnement. René Bourdiol a observé que la surface de la zone correspondant à un organe varie [5]. Elle présente un certain parallélisme avec son métabolisme : le gros estomac post prandial en est l'exemple (figure 2).



**Figure 2.** Variations de la représentation de l'estomac (d'après Bourdiol).

Le point correspondant à un organe n'a pas une topographie constante ; il se situe dans une zone de proba-

bilité. Il peut varier légèrement au fil des heures ou des jours chez un même sujet, à tel point que de nombreux experts estiment ainsi que toute cartographie trop précise est fausse !

### *Le système nerveux central*

De nombreuses cartographies représentant le système nerveux central sur le lobule. Comment ne pas s'étonner que les officiels s'en offusquent ? Au cours de la réunion du groupe de travail sur la nomenclature (OMS, Lyon, 1990) le Pr Jean Bossy a insisté pour qu'aucune localisation du système nerveux ne soit inscrite [4].

Effectivement, le système nerveux ne peut pas se représenter. Il est interprétatif, et non pas récepteur. Cependant, le traitement de ces zones est efficace sur certains symptômes et certaines fonctions. L'explication pourrait être vasculaire, par une action de régulation des vaisseaux irriguant ces organes nerveux [3].

### *Causes ou conséquences ?*

Découvrir un point contrastant avec son environnement, le confirmer par détection électrique, cela nous permet de noter son caractère plus ou moins pathologique. Le retrouver sur une zone ne correspondant pas à la douleur ressentie par le malade n'est pas une aberration. Une douleur du genou peut provenir du genou, de la hanche ou du pied. Il en est de même à leurs zones de correspondance à l'oreille.

La douleur rapportée (projected pain) est d'origine locale (radiculaire ou tronculaire) en rapport avec cet étage du corps ou de la face. Alors que la douleur référée (referred pain) fait appel à un circuit segmentaire. La dissociation topographique se fait entre deux territoires nerveux différents. Selon le type de douleurs, nous aurons donc des zones auriculaires différentes [3].

### *Le point n'est pas constant*

Il peut être absent. Une manifestation pathologique ne signifie pas pour autant une atteinte de cet endroit. Dans les maladies chroniques, de nombreux barrages ou obstacles, conséquences du passé (antécédents de traumatisme, de chirurgie, d'atteinte infectieuse, etc.) peuvent se comporter en épine irritative, en champ

perturbateur ou en foyer [3]. Les interférences dentaires ou cicatricielles sont bien connues. Il en est de même avec l'irritation sympathique entretenue par le ganglion stellaire.

Le traitement du point de la cause réelle corrigera les symptômes se manifestant en un lieu du corps non décrit comme au pavillon auriculaire.

### *Le point n'agit pas toujours de façon comparable*

Un point d'oreille confirmé par baisse d'impédance sera traité par l'aiguille (simple ou ASP). Il est de même pour un point d'oreille détecté par l'extrémité blanche du bâtonnet (dit « point blanc »).

Un point reconnu en élévation d'impédance n'est traité qu'à l'aiguille posée quelques secondes, ou par application de fréquences. Habituellement, il est de même pour un point d'oreille détecté par l'extrémité noire du bâtonnet (dit « point noir »).

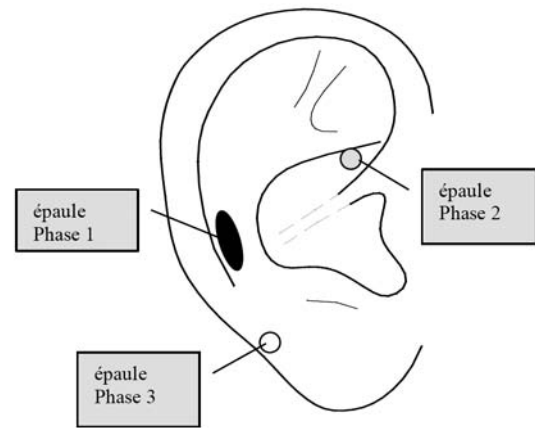
La durée et l'intensité de la stimulation peuvent avoir des effets opposés, de même que la dispersion et la tonification en Acupuncture.

Ces phénomènes seront particulièrement étudiés chez les malades hypersensibles et hyper réactifs, surtout chez les allergiques [3,6].

### **Les localisations dites de « phases »**

Des points situés en d'autres territoires que celui décrit, peuvent agir sur un organe. Chez des malades chroniques porteurs de maladies complexes, on peut retrouver des points ayant une action spécifique sur cet organe. Paul Nogier a décrit ce phénomène il y a 25 ans [7] sous le nom de « phases ».

Ainsi, la localisation de l'épaule est sur le pavillon en T 1, dans la fosse scaphoïde (en noir sur la figure 3). C'est bien la configuration habituelle. Dans l'algodystrophie de l'épaule, le point retrouvé dans la conque, dit de phase 2 (en gris sur la figure 3) aura un effet bénéfique et complémentaire sur l'épaule. De même, dans les cas fréquents ressentis comme un « fonctionnement anormal de l'épaule », un point situé à l'arrière du lobule, dit de phase 3 (en blanc sur la figure 3) sera utilisé avec efficacité.



**Figure 3.** Le point d'épaule dans les trois phases.

L'hypothèse explicative de ces subtiles anomalies consiste à relier les phases à des perturbations du transfert de l'influx nerveux. Le traitement des points de « phases » est utile pour débloquer une situation difficile chez les malades chroniques et complexes. De plus, l'existence de points de phases est un obstacle à l'action de l'Auriculothérapie.

### *Un point peut ainsi avoir un caractère plurifocal*

Le point du genou de Nogier peut agir sur divers organes : en phase 1 il est en relation avec le genou, en phase 2 il est en relation avec l'audition, alors qu'en phase 3 il est en relation avec le pancréas. Ce n'est pas illogique : une unité nerveuse de la formation réticulaire peut fort bien être reliée à divers organes éloignés et disparates [8].

### **Les Points-Mâtres en Auriculothérapie**

A notre avis, les points-mâtres en Auriculothérapie ont une grande importance, comparable à celle des points d'ouverture des Merveilleux Vaisseaux connus en Acupuncture.

Les Points-Mâtres de l'oreille peuvent être les points de commande d'une zone, ou d'une partie du pavillon de l'oreille (exemple le point zéro prime, point-mâtre du tragus). Ils peuvent agir sur des symptômes généraux (exemple le point-mâtre d'allergie) ou certaines fonctions (exemple le point-mâtre olfactif). Ils n'ont pas une action particulière sur un organe. Leur uti-



lisation décuple l'effet de la seule puncture du point d'organe [3].

**Le point zéro** : est situé à la limite entre la racine de l'hélix et sa branche montante. C'est le point-maître du parasympathique, du pneumogastrique (X). Il est considéré comme le point capital à connaître et utiliser. C'est aussi le point de référence électrique. Certains de nos élèves l'ont nommé « le point de l'Auriculo. pour les Nuls » (figure 4).

**Le point zéro prime** : est situé au milieu du sillon prétragal. C'est le point-maître du tragus. Le pavillon de l'oreille est le miroir des organes du corps ; un tragus résume un pavillon auriculaire. Il a aussi une action anti-stress majeure (figure 4).

**Le Point-Maître Sensoriel (PMS)** : est situé au centre du lobule dont il est le point-maître. Il a une action équilibrante des divers sens (l'odorat, d'audition, la gustation, la vue, le tact), et une action de coordination des afférences sensitives (figure 4).

**Le point shenmen** : c'est le point-maître de la fosse triangulaire. Admis par l'OMS et décrit par les Chinois qui l'utilisent fréquemment, il a un double effet : un effet analgésiant majeur, et une action mentale équilibrante (figure 4).

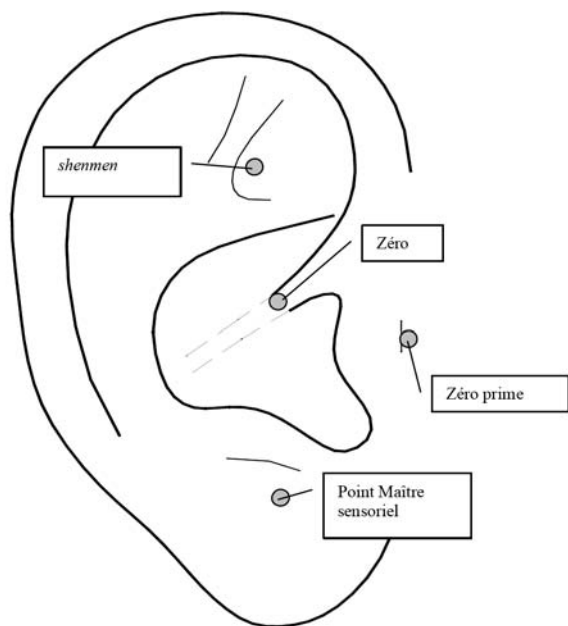


Figure 4. Des points Maîtres très importants.



Dr Yves Rouxville  
✉ yrouxville001@cegetel.rss.fr  
Responsable de l'enseignement au module optionnel d'auriculothérapie (DIU d'acupuncture de Nantes)  
Ancien directeur de la commission d'acupuncture auriculaire de la FAFORMEC.



Dr Yunsan Meas  
✉ meas.yunsan@wanadoo.fr  
Praticien Hospitalier au CETD du CHU de Nantes  
Directeur de la commission d'acupuncture auriculaire de la FAFORMEC.

#### Références

1. Rouxville Y, Meas Y. Le point auriculaire Acupuncture & Moxibustion. 2007;6(1): 60-62.
2. Nogier PFM. Introduction pratique à l'auriculothérapie. Sainte-Ruffine: Maisonneuve, réédité par Bruxelles: Satas; 1977.
3. Bossy J, Meas Y, Rouxville Y. Auriculothérapie, acupuncture auriculaire. Paris: Springer Verlag (in press); 2007.
4. World Health Organization Report of the Working Group on Auricular Acupuncture Nomenclature. Genève: WHO; 1990.
5. Bourdiol RJ. Eléments d'auriculothérapie. Moulins-lès-Metz: Maisonneuve; 1980.
6. Rouxville Y. Acupuncture auriculaire personnalisée. Montpellier: Sauramps médical; 2000.
7. Nogier PFM. De l'auriculothérapie à l'auriculomédecine. Sainte-Ruffine: Maisonneuve; 1981.
8. Rouxville Y. Considérations sur le point d'auriculothérapie. Acupuncture & Moxibustion. 2002;1(3-4):58-61.



## Evaluation de l'acupuncture

# Obstétrique et médecines complémentaires : le point de vue des praticiens australiens

*Annabelle Pelletier-Lambert et Johan Nguyen*

Gaffney L, Smith CA. Use of complementary therapies in pregnancy : the perceptions of obstetricians and midwives in South Australia. *Aus N Z J Obstet Gynaecol.* 2004;44 (1):24-9.

### Objectif

Etudier le point de vue des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes sur les « médecines complémentaires et alternatives (complementary and alternative medicines, CAM) » pendant la grossesse, et notamment leur utilité et leur innocuité.

### Méthode

Questionnaire adressé par voie postale avec réponse anonyme.

### Cadre

Australie Méridionale. Pour les obstétriciens : la branche provinciale du Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). Pour les sages-femmes : la branche provinciale de l'Australian College of Midwives.

### Participants

Le questionnaire est adressé à l'ensemble des 93 obstétriciens d'Australie Méridionale, et à un échantillon de 50 % des 370 sages-femmes de la province par tirage au sort.

### Questionnaire

Il porte :

1. sur les CAM en général (voir tableau I),
2. sur l'utilité, l'innocuité et la prescription effective durant la grossesse des 11 thérapeutiques complémentaires les plus utilisées en Australie : l'acupuncture, le yoga, les massages, la méditation, l'hypnose, la complémentation vitaminique, la chiropractie, l'aromathérapie, l'homéopathie, la phytothérapie et la naturopathie.

### Résultats

Un taux de réponse de 80 % pour les médecins et de 78 % pour les sages-femmes est obtenu. Les CAM sont considérées comme un complément utile par 72 % des obstétriciens et 85,2 % des sages-femmes. Plus de 90 % des sages-femmes et des obstétriciens pensent nécessaire d'avoir quelques connaissances sur les CAM. Seulement 14 % des médecins et

2 % des sages-femmes considèrent les CAM comme une menace pour la santé publique. 72 % des obstétriciens contre 26 % des sages-femmes pensent que les CAM nécessitent une base scientifique. La majorité des obstétriciens (68%) et des sages-femmes (78%) ont déjà prescrit pour une patiente une des différentes CAM. Plus de 70 % des obstétriciens et des sages-femmes considèrent les massages, l'acupuncture, les vitamines, le yoga, la méditation et l'hypnose comme utiles et sûrs durant la grossesse. Inversement, la moitié des obstétriciens considèrent non utiles l'homéopathie, l'aromathérapie, la phytothérapie et la naturopathie.

### Conclusion

La majorité des praticiens a une vue positive sur les CAM et considère que certaines d'entre elles peuvent être indiquées durant la grossesse.

**Tableau 1.** Questionnaire étudiant l'attitude vis-à-vis des médecines complémentaires et alternatives (CAM). Cotation sur une échelle de 1 à 5 entre désaccord total et accord total.

1. les CAM sont un complément utile à la médecine conventionnelle,	6. les praticiens devraient être au courant des CAM disponibles dans leur secteur géographique,
2. les CAM comportent des principes et des méthodes dont la médecine conventionnelle pourrait s'inspirer,	7. les résultats des CAM sont pour la plupart dus à l'effet placebo,
3. les praticiens devraient avoir quelques connaissances sur les CAM les plus répandues,	8. les CAM représentent une menace pour la santé publique,
4. les CAM renforcent les défenses naturelles du corps,	9. les CAM non testées scientifiquement ne devraient pas être proposées,
5. les praticiens devraient pouvoir informer leurs patients sur les CAM plus courantes,	10. les praticiens ne devraient pas parler des CAM avec leurs patients au risque de les inciter à les utiliser.

### Commentaires

Les résultats de l'enquête australienne apparaissent largement positifs pour les médecines complémentaires puisque plus des trois quarts des praticiens, médecins ou sages-femmes ont une perception positive. A l'intérieur des médecines complémentaires, l'acupuncture est une des thérapeutiques les plus reconnues tant en terme d'utilité que d'innocuité. Un des éléments les plus intéressants de l'étude australienne est la comparaison des perceptions des médecins et des sages-femmes :

- D'un point de vue utilité, l'acupuncture est en deuxième position chez les obstétriciens (derrière les massages), alors qu'elle n'est qu'en 6<sup>e</sup> position chez les sages-femmes. De même au point de vue innocuité l'acupuncture est en première position pour les obstétriciens, mais en 5<sup>e</sup> pour les sages-femmes. C'est-à-dire que l'acupuncture est perçue plus positivement chez les obstétriciens que chez les sages-femmes.

- A côté de la position relative de l'acupuncture, les principales différences d'appréciation portent sur l'homéopathie, l'aromathérapie et la naturopathie : globalement négatives pour les médecins, globalement positives pour les sages-femmes.

On peut mettre ces différences en parallèle avec l'attitude des praticiens vis-à-vis des CAM : 72 % des médecins font référence à la nécessité d'une évaluation scientifique contre seulement 26 % des sages-femmes. On peut suggérer que la très bonne position de l'acupuncture chez les médecins est liée à la scientificité perçue de notre discipline, ce qui apparaît comme un changement essentiel de ces dernières années.

Il est évident que ces résultats sont étroitement liés au contexte médical de chaque pays et ne sauraient être extrapolés à la France. L'histoire et la situation institutionnelle de l'acupuncture est très différente dans notre pays par rapport aux pays anglo-saxons. L'enquête mériterait d'être conduite en France dans le milieu de l'obstétrique, mais également dans d'autres disciplines médicales, comme la rhumatologie et la psychiatrie, champs usuels d'application de l'acupuncture.

L'étude fait référence à ce que les anglo-saxons appellent « complementary and alternative medicine » dont le contenu et la définition sont assez flous. « Complémentaires » et « alternatives » sont définis bien sûr par rapport à la (à une) médecine « conventionnelle ». En Europe, c'est le terme de médecines « non-conventionnelles » qui paraît actuellement utilisé le plus couramment [1]. Ce terme est plus adapté que le terme proche de médecines « différentes » [2]. Il a remplacé les termes plus anciens et inappropriés (au moins d'un point de vue de la médecine traditionnelle chinoise) de médecines « douces » (suggérant une absence d'effet secondaire [3]), « naturelles » (suggérant un mécanisme d'action [4]), « parallèles » (suggérant une absence de point de rencontre avec la médecine « conventionnelle » [5]). Niboyet s'était placé du point de vue limité de l'enseignement de la médecine en France en parlant de « techniques de soins ne faisant pas l'objet d'un enseignement organisé au niveau national » [6].

« Complémentaires » (suggérant l'idée d'association) et « alternatives » (suggérant l'idée de substitution) sont éventuellement acceptables pour l'acupuncture, effec-

tivement utilisée en association ou en remplacement. Mais il reste le problème de la définition de la médecine conventionnelle, c'est-à-dire de quoi l'acupuncture serait complémentaire ou alternative (et en miroir la définition du non-conventionnel).

La notion de « médecine conventionnelle » (suggérant une validation institutionnelle et/ou sociale) est en fait étroitement dépendante du pays. La médecine traditionnelle chinoise ne peut être définie comme non-conventionnelle en Chine. L'acupuncture en France ne peut être définie comme non-conventionnelle alors que sa pratique est réservée aux médecins et sages-femmes, qu'elle est enseignée à l'université avec un diplôme national du niveau de la capacité, que les soins sont remboursés par la sécurité sociale.

Sur le contenu habituel des « médecines non-conventionnelles », la mise sur le même plan de la médecine traditionnelle chinoise et de l'homéopathie, la naturopathie ou encore l'aromathérapie est tout à fait incongrue (en dehors de tout jugement de valeur). D'un côté nous avons l'ensemble des savoirs médicaux académiques élaborés par la Chine sur 25 siècles, et qui constitue une part essentielle de son système de santé actuel et d'un autre nous avons des techniques sociologiquement et scientifiquement marginales de la médecine occidentale.

C'est cette problématique qui a été prise en compte par la « Food and Drug Administration » américaine qui a dissocié récemment dans sa classification les « systèmes médicaux globaux » (médecine chinoise et médecine ayurvédique) des autres techniques alternatives et complémentaires [7]. Cette dissociation a été saluée fort

justement par les autorités chinoises : c'est la reconnaissance de la nature fondamentalement différente de la MTC par rapports aux techniques complémentaires et alternatives de la médecine occidentale.



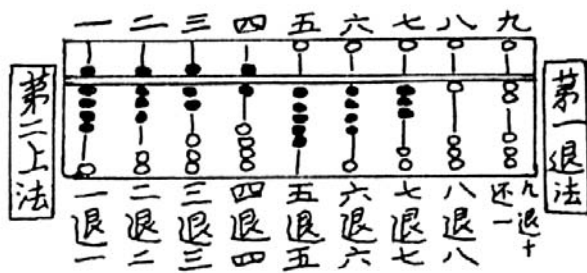
Annabelle Pelletier-Lambert,  
« Les Myrtes » - Bâtiment A  
15 avenue Roger Salengro , 83130 La Garde.  
✉ annabelle.lambert@wanadoo.fr



Dr Johan Nguyen,  
27, bd d'Athènes - 13001 Marseille  
☎ 04.96.17.00.30 📠 04.96.17.00.31  
✉ johan.nguyen@wanadoo.fr

#### Références

1. Résolution sur le statut des médecines non-conventionnelles. JOEC n°C 182/67 16 juin 1997.
2. Bouchayer F. Médecines «différentes». Prospective et Santé.1985;43-50.
3. Dufresne J. Le rapport l'agora sur les médecines douces et le système de santé québécois. Québec: Les Editions de l'agora; 1986.
4. Encyclopédie des médecines naturelles. Acupuncture, médecine traditionnelle chinoise. Paris: Editions Techniques; 1990.
5. Laplantine F et al. Les médecines parallèles. Paris: Puff; 1987.
6. Niboyet JEH. Rapport sur certaines techniques de soins ne faisant pas l'objet d'un enseignement organisé au niveau national. Acupuncture, homéopathie, médecine manuelle. Ste Ruffine: Maisonneuve; 1984.
7. Complementary and Alternative Medicine Products and their regulation by the Food and Drug Administration. US Department of Health and Human service, Food and Drug Administration. December 2006.



## Evaluation de l'acupuncture

# Evaluation de l'acupuncture en rhumatologie : le bond en avant

Olivier Goret et Johan Nguyen

Revue méthodiques et méta-analyses constituent le plus haut niveau de preuve dans une thérapeutique donnée (tableau I). A la suite de Legget [1] et dans deux précédents articles [2,3], Jean-Luc Gerlier et Johan Nguyen ont dressé un tableau de synthèse de ces revues structurées en acupuncture.

### Objectifs

Nous proposons une actualisation dans le domaine de la rhumatologie en incluant toutes les revues méthodiques ou méta-analyses (note b du tableau I) comportant les trois critères suivants : 1) description de la recherche bibliographique effectuée, 2) prise en compte unique

des essais contrôlés randomisés (ECR), et 3) analyse de la qualité de ces ECR.

### Résultats

Dans la publication de 2004 [2], onze revues concernaient la rhumatologie dans huit pathologies. Nous avons identifié en 2007 30 publications concernant dix pathologies. Dix-neuf revues supplémentaires actualisent donc les thèmes de 2004 ou constituent une première synthèse (épaule, sciatique).

En se basant dans chaque thème sur les synthèses réunissant le plus d'essais, les données de 2004 étaient basées sur 55 ECR et en 2007 sur 104 ECR (soit près

**Tableau I.** Hiérarchie des niveaux de preuve (adapté par Jean-Luc Gerlier d'après l'HAS [3]).

Grades	Niveaux de preuve	Type d'études
Grade A (preuve scientifique établie)	études de fort niveau de preuve	- ECR <sup>(a)</sup> de forte puissance et sans biais majeur - revues structurées <sup>(b)</sup> : synthèses méthodiques et méta-analyses d'ECR
Grade B (présomption scientifique)	études de niveau de preuve intermédiaire	- ECR de faible puissance - études comparatives non randomisées bien menées - études de cohorte
Grade C	études de moindre niveau de preuve	- études de cas-témoins - séries de cas
Absence de grade	absence de niveau de preuve (*)	- accord professionnel ou avis d'experts

(a) Essai contrôlé randomisé (ECR) : étude clinique comparant un groupe traitement testé à un groupe contrôle, l'attribution de chaque patient aux différents groupes étant tirée au sort (randomisation).

(b) Revue structurée : revue de la littérature qui annonce clairement ses objectifs, outils ou méthodes et qui procède selon une méthodologie explicite et reproductible. Il en existe deux types : la synthèse méthodique et la méta-analyse (qui comporte l'analyse quantitative statistique des données des essais inclus).

(\*) L'absence de preuve ne signifie pas absence de pertinence ou inutilité ; l'absence de preuve doit inciter à engager des études complémentaires.



**Tableau II.** Conclusions actualisées des revues structurées en rhumatologie. En grisé les nouvelles revues non incluses dans [3].

\* Impact factor (facteur d'impact) est une mesure de l'importance d'une revue scientifique. Il représente, pour une année donnée, le rapport entre le nombre de citations sur le nombre d'articles publiés par un journal, sur une période de référence de deux ans. Les grandes revues de références ont un IF > à 3. Par exemple le Lancet à un IF de 25,8 en 2006. Le CNRS classe les revues en revues de rang A (IF > 0.5) et de rang B (IF < 0.5 ou non indexées). Les revues ne comportant pas d'IF sont des revues non indexées.

\*\* échelles de Jadad et de la Cochrane Collaboration : voir tableau IV.

\*\*\* pourcentage des études de haute qualité parmi l'ensemble des ECR cités dans la revue.

Pathologie Auteurs Année	• Revue • Impact Factor (*)	Comparaisons (nombre d'ECR)	Nombre d'ECR	• Echelle de qualité • % haute qualité (***)	Nombre de patients	Conclusions des auteurs
Fibromyalgie						
Berman BM [4] 1999	Journal of Family Practice 1,33	acupuncture factice (2) absence de traitement (1)	3	Jadad (**) 33%	149	« Reposant sur une étude de bonne qualité, les données scientifiques indiquent une amélioration symptomatique significative comparée au traitement factice mais la durée d'effet est inconnue ».
Sim J [5] 2002	Clinical Journal of Pain 2,71	acupuncture factice (1)	1	Echelle interne à 100pts 100%	70	« Les résultats sur un essai de bonne qualité sont encourageants, mais nécessitent d'autres études ».
Mayhew E [6] 2006	Rheumatology 4,22	acupuncture factice (3) autre intervention (1) absence de traitement (1)	5	Jadad 60%	316	« Les essais cliniques rigoureux ne permettent pas de conclure à une efficacité symptomatique de l'acupuncture dans la fibromyalgie ».
Polyarthrite rhumatoïde						
Casimoro L [7] 2002	Cochrane Library	acupuncture factice (2)	2	Jadad 100%	84	« L'acupuncture n'a pas d'effet sur les critères de jugement étudiés, mais ces conclusions sont limitées par des considérations méthodologiques telles que le type d'acupuncture (acupuncture ou électro-acupuncture), le site de l'intervention, le faible nombre d'études cliniques et les faibles effectifs des études incluses ».
Arthrose						
Ernst E [8] 1997	Scandinavian Journal of Rheumatology 1,69	acupuncture factice (7) absence de traitement (2) autre traitement (4)	13	–	497	« La notion que l'acupuncture est supérieure à une fausse acupuncture sur la douleur associée à l'arthrose n'est pas confortée par les données publiées des études contrôlées. Les deux méthodes semblent avoir des effets positifs similaires ».

Kwon YD [9] 2006 Méta-analyse	Rheumatology 4,22	acupuncture factice (8) autre intervention factice (2) autre intervention (9) liste d'attente (2)	18	Jadad 89%	1891	« Les essais suggèrent un effet spécifique de l'acupuncture sur la douleur de l'arthrose périphérique. Du fait de son innocuité l'acupuncture apparaît fortement recommandée, particulièrement dans la gonarthrose ».
<b>Epicondylalgie</b>						
Green S [10] 2002	Cochrane Library	acupuncture factice (3) absence de traitement (1)	4	Critères de la Cochrane Collaboration (**) 50%	239	« Les preuves sont insuffisantes pour conseiller ou non l'emploi de l'acupuncture (aiguilles ou laser) pour traiter l'épicondylite ».
Trinh KV [11] 2004	Rheumatology 4,22	acupuncture factice (4) autre intervention (2)	6	Jadad 100%	282	« Il y a un fort niveau de preuve suggérant que l'acupuncture est efficace dans le traitement à court terme de la douleur de l'épicondylite ».
Bisset L [12] 2005	British Journal of Sports Medicine 1,85	acupuncture factice (3) autre intervention (1)	4	Echelle interne à 15 critères 100%	155	« Il existe un certain niveau de preuve à court terme en faveur de l'acupuncture versus placebo dans l'épicondylalgie ».
<b>Epaule douloureuse</b>						
Green S [13] 2005 Méta-analyse	Cochrane Library	acupuncture factice (3) autres interventions (5) autre acupuncture (2)	8	Jadad 33%	525	« Les preuves sont insuffisantes pour recommander l'acupuncture dans l'épaule douloureuse bien qu'il semble y avoir un effet bénéfique sur la douleur et la fonction articulaire ».
<b>Coiffe des rotateurs</b>						
Johansson K [14] 2002	British Journal of General Practice 1,63	acupuncture factice (1)	1	Echelle de 1 à 5 100%	52	« L'acupuncture est un traitement fiable à court terme et son niveau de preuve est modérée dans le syndrome sous-acromial ».
Grant HJ [15] 2004	Journal of Hand Therapy	acupuncture factice (1)	1	100%	52	« Les meilleures données disponibles sont en faveur de l'acupuncture ».
Michener LA [16] 2004	Journal of Hand Therapy	acupuncture factice (1) intervention factice (1) autre intervention (1)	2	Echelle à 23 items (69 points) 100%	73	« Les résultats des essais en acupuncture sont équivoques ».

<b>« Epaule gelée »</b>					
Peng WN [17] 2007 Méta-analyse	World Journal of Acupuncture- Moxibustion	acupuncture factice (3) autre intervention (3)	6	Equivalent du Jadad 100%	668  « Il y a une preuve modérée que l'acupuncture améliore la douleur, la fonction articulaire, l'amplitude articulaire et la qualité de vie ».
<b>Cervicalgies et lombalgies</b>					
Smith LA [18] 2000	Pain 4,3	acupuncture factice (8) absence d'intervention (1) liste d'attente (3) autre intervention (2)	13	Echelle interne à 16 items 38%	537  « Les données scientifiques des études fiables indiquent l'absence de preuve en faveur de l'acupuncture pour les cervicalgies et lombalgies ».
<b>Cervicalgies</b>					
Kjellman GV [19] 1999	Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine 0,51	autre intervention factice (2) autre intervention (1) absence d'intervention (1)	4	Echelle interne à 100 points 25%	130  « L'acupuncture n'est pas supérieure à une intervention factice dans un essai de haute qualité ».
White AR [20] 1999	Rheumatology 4,226	acupuncture factice (11) autre intervention (4) liste d'attente (1)	14	Jadad 57%	722  « Les données disponibles ne permettent pas de conclure à l'efficacité de l'acupuncture dans les cervicalgies ».
<b>Lombalgies</b>					
Trinh K [21] 2007 Méta-analyse	Spine 2,18	acupuncture factice (3) autre intervention factice (3) autre intervention (3) liste d'attente (1)	10	Jadad 40%	661  « Il y a une preuve modérée en faveur d'un effet antalgique de l'acupuncture comparée aux traitements factices ».
<b>Lombalgies</b>					
Ernst E [22] 1998 Méta-analyse	Archives of Internal Medicine 8,02	acupuncture factice (7) autre intervention (3) liste d'attente (2)	12	Jadad 88%	629  « Les résultats combinés indiquent que l'acupuncture est supérieure aux interventions contrôlées mais pas aux interventions factices ».
Strauss AJ [23] 1999	Chiropractic Journal of Australia	acupuncture factice (2) liste d'attente (2)	4	Echelle interne à 100 pts 0%	non reporté  « L'efficacité pour les lombalgies chroniques n'a pas été démontrée par des études cliniques de bonne qualité ».
Van Tulder MW [24] 1999	Spine 2,19	acupuncture factice (4) absence de traitement (2) autre intervention (4) absence de traitement (4)	11	Jadad 18%	544  « On ne peut pas conclure clairement à l'efficacité de l'acupuncture dans les lombalgies ».

Ernst E [25] 2002 Méta-analyse	Schmerz 0,66	acupuncture factice (7) autre intervention (3) liste d'attente (2)	12	Jadad 90%	629	« Globalement, l'acupuncture est supérieure aux diverses interventions contrôlées. Toutefois les preuves sont insuffisantes pour déterminer si l'acupuncture est supérieure au placebo ».
Manheimer E [26] 2005 Méta-analyse	Annals of Internal Medicine 10,09	acupuncture factice (5) autre intervention factice (3) autre intervention (8) absence de traitement (9)	33 <sup>1</sup>	Jadad 62% + critères de la Cochrane Collaboration 42%	2300	« L'acupuncture est efficace dans les lombalgies chroniques. Il n'y a pas de preuve suggérant une efficacité supérieure de l'acupuncture comparée aux autres thérapeutiques ».
Furlan A [27] 2005 Méta-analyse	Spine 2,19	acupuncture factice (10) autre intervention factice (12) autre intervention (12)	35	Critères de la Cochrane Collaboration 42%	2861	« L'acupuncture est supérieure à l'acupuncture factice, à l'absence de traitement et à un traitement conventionnel seul sur la douleur et l'amélioration fonctionnelle à court terme dans les lombalgies chroniques ».
<b>Sciastique</b>						
Luijsterburg PA [28] 2007	European Spine Journal 1,76	acupuncture factice	1	Jadad 100%	30	« Il n'y a pas de preuve d'efficacité de l'acupuncture dans la lombosciatique ».
<b>Genou douloureux</b>						
Ezzo J [29] 2001	Arthritis and Rheumatism 7,42	acupuncture factice (3), autre intervention (2), liste d'attente (2)	7	Jadad 57%	393	« Les données disponibles suggèrent que l'acupuncture peut jouer un rôle dans le traitement de la gonarthrose ».
Fernandez [30] 2002	Atencion Primaria	acupuncture factice (2), absence de traitement (1) autre traitement (1)	4	Critères de la Cochrane Collaboration 25%	230	« Le niveau de preuve de l'efficacité de l'acupuncture dans la gonarthrose n'est pas concluant ».
White AR [31] 2007 Méta-analyse	Rheumatology 4,22	acupuncture factice (9), autre intervention (3), absence de traitement (1) liste d'attente (2)	13	Echelle à 9 pts 46%	1334	« L'acupuncture est supérieure à l'acupuncture factice et à l'absence de traitement additionnel sur la douleur et la fonction articulaire dans le genou douloureux chronique ».
Manheimer E [32] 2007 Méta-analyse	Annals Internal of Medicine 10,09	acupuncture factice (5), autre intervention factice (3) autre intervention (2), liste d'attente (4)	11	Critères de la Cochrane Collaboration 73%	2821	« L'acupuncture est plus efficace que le traitement usuel à court et à long terme et que l'absence de traitement à court terme sur la douleur et la fonction articulaire. Elle n'est pas plus efficace que l'acupuncture factice ».
Bjordal [33] 2007 Méta-analyse	BMC Musculoskeletal Disorders 1,46	acupuncture factice (7)	7	Jadad 91%	933	« L'électro-acupuncture en traitement intensif de 2 à 4 semaines paraît avoir un effet antalgique à court terme sur la gonarthrose ».

d'un doublement des essais inclus). On peut classer l'efficacité rapportée de l'acupuncture dans chaque pathologie en 4 niveaux : de l'absence de preuve à preuves convergentes en faveur de l'acupuncture (tableau III). Dans les deux nouvelles pathologies (lombosciatique, épaule), le niveau de preuve rapporté est faible. Dans deux domaines (polyarthrite rhumatoïde et fibromyalgie), les résultats apparaissent non modifiés avec une absence de preuve. Par contre, dans les cinq autres domaines on observe une élévation du niveau de preuve, dont trois au plus haut niveau (genou, coude et lombalgie). Les données relatives à chaque synthèse sont rapportées dans le tableau II.

## Commentaires

L'élément déterminant par rapport à 2004 est l'apparition de synthèses et méta-analyses établissant l'efficacité de l'acupuncture au plus haut niveau de preuve, notamment dans des comparaisons acupuncture versus acupuncture factice (tableau III). Ces résultats sont convergents, crédibles et solides. 1) Ces résultats sont convergents, c'est-à-dire qu'ils sont observés par au

**Tableau III.** Evolution des données des revues méthodiques et méta-analyses concernant l'acupuncture.

0 : absence de preuve

+ : preuves limitées en faveur de l'acupuncture

++ : preuves en faveur de l'acupuncture dans une synthèse

+++ : preuves convergentes en faveur de l'acupuncture.

Pathologies	2004	2007
Fibromyalgie	+	+
Polyarthrite rhumatoïde	0	-
Arthrose	0	++
Epicondylite	0	+++
Epaule	-	+
Cervicalgies	0	+
Lombalgies	+	+++
Lombosciatique	-	0
Genou	+	+++

moins deux équipes différentes. 2) Ces résultats sont crédibles car ils sont publiés dans des revues de référence rhumatologiques ou de médecine interne. Ceci peut-être classiquement déterminé par l'impact factor : « Annals of Internal Medicine » avec un IF de 10,09, et « Rheumatology » avec 4,22 sont des revues majeures dans ces domaines (voir "Impact Factor" dans

**Tableau IV.** Echelles de qualité méthodologique des essais contrôlés randomisés les plus couramment utilisées.

Critères de la Cochrane Collaboration Back Review Group à 10 items (Van Tulder, cité par [24])	Score de Jadad [34]
1. La méthode de randomisation est-elle adéquate ?	1. Etude décrite comme randomisée ?
2. L'attribution du traitement est-elle masquée ?	2. Méthode de randomisation décrit et adéquate ?
3. Le praticien est-il « aveugle » au traitement ?	3. Patients décrits comme "aveugle" ?
4. Y-a-t-il une prise en compte des co-interventions ?	4. Evalueur décrit comme "aveugle" ?
5. Les co-interventions sont-elles rapportées séparément pour chaque groupe ?	5. Description des perdus de vue et retraits d'étude ?
6. Le patient est-il « aveugle » au traitement ?	
7. L'évaluateur est-il « aveugle » au traitement ?	
8. Les retraits et perdus de vue sont-ils < 20 % pour une évaluation à court terme ou < 30 % pour une évaluation à long terme avec absence de biais majeurs ?	
9. Le moment de l'évaluation est-il similaire pour chaque groupe ?	
10. L'analyse est-elle effectuée en intention de traiter ?	
Haute qualité : ≥ 6	Haute qualité : ≥ 3



la légende du tableau II). 3) Ces résultats sont solides parce qu'ils sont basés sur un nombre significatif d'études (33 ECR par exemple pour la dernière revue sur les lombalgies [26]) incluant un nombre important de patients (au total 2300 patients dans la même revue). Ces résultats sont solides également car ils sont basés sur un pourcentage significatif d'études de haute qualité : 100% dans l'épicondylalgie, 42 à 62% dans les lombalgies et 46 à 91% dans la gonarthrose.

A l'opposé, le tableau III rapporte un nombre pouvant paraître important de pathologies où l'acupuncture n'a pas fait la preuve de son efficacité (absence de preuve ou preuve limitée), les conclusions rapportées étant celles des auteurs. Plusieurs problèmes peuvent intervenir :

- la problématique de l'interprétation des données aboutissant aux conclusions [35] ;

- la non exhaustivité des données publiées (par exemple la synthèse de Casimoro [7] sur la polyarthrite rhumatoïde n'est basée que sur 2 ECR alors que 20 ECR ont été publiés [36]) ;

- le niveau de preuve demandé à l'acupuncture n'est pas équivalent à celui demandé aux autres thérapeutiques. Mais il est possible également que certaines indications rhumatologiques ne relèvent pas de l'acupuncture.

Dans les années 1990, le « théorème » de Ter Riet était très souvent avancé à propos de l'acupuncture : plus il y a d'études et plus elles sont de bonne qualité et plus les données sont en défaveur de l'acupuncture [37]. L'évolution des données ces dernières années nous montre que la réalité est inverse : plus nous disposons d'études de haute qualité et plus les données sont en faveur de l'acupuncture.



Dr Olivier Goret,  
30, Avenue Gabriel Péri - 83130 La Garde.  
☎ 04.94.75.48.32  
✉ goret.olivier@wanadoo.fr



Dr Johan Nguyen,  
27, bd d'Athènes - 13001 Marseille  
☎ 04.96.17.00.30 ☎ 04.96.17.00.31  
✉ johan.nguyen@wanadoo.fr

## Références

- Leggett Tait P, Brooks L, Harstal C. Acupuncture: evidence from systematic reviews. Alberta Heritage Foundation, Series a Health Tech Assessment for Medical Research, 2002.
- Gerlier JL et Nguyen J. Revues méthodiques et méta-analyses : état des lieux. *Acupuncture & Moxibustion*. 2003;2(3):170-3.
- Gerlier JL. L'évaluation est en décalage sur l'état des pratiques. *Acupuncture & Moxibustion*. 2004;3(2):128-33.
- Berman BM, Ezzo J, Hadhazy V, Swyers JP. Is acupuncture effective in the treatment of fibromyalgia ? *J Fam Pract* 1999;48(3):213-8.
- Sim J, Adams N. Systematic review of randomised controlled trials of nonpharmacological interventions for fibromyalgia. *Clin J Pain*. 2002;18(5):324-36.
- Mayhew E, Ernst E. Acupuncture for fibromyalgie ; a systematic review of randomised clinical trials. *Rheumatology*. 2006;46(5):801-804.
- Casimoro L, Barnsley L, Brosseau L, Milne S, Robinson VA, Tuqwell P, Wells G. Acupuncture and electroacupuncture for the treatment of rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(4):CD003788.
- Ernst E. Acupuncture as a symptomatic treatment of osteoarthritis. A systematic review. *Scand J Rheumatol*. 1997;26(6):444-447.
- Kwon YD, Pittler MH, Ernst E. Acupuncture for peripheral joint osteoarthritis : a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)*. 2006;45(11):1331-7.
- Green S, Buchbinder R, Barnsley L, Hall S, White M, Schmidt N, Assendelft W. Acupuncture for lateral elbow pain (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Trinh KV, Phillips SD, Ho E et al. Acupuncture for the alleviation of lateral epicondyle pain : a systematic review. *Rheumatology (Oxford)*. 2004;43:1085-90.
- Bisset L, Paungmali A, Vicenzino B, Beller E. A systematic review and meta-analyse of clinical trials on physical interventions for lateral epicondylalgia. *Br J Sports Med*. 2005;39(7):411-22.
- Green S, Buchbinder R, Hetrick S. Acupuncture for shoulder pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD005319.
- Johannsson K et al. A combination of systematic review and clinicians' beliefs in interventions for subacromial pain. *Br J Gen Pract*. 2002;52(475):45-52.
- Grant HJ, Arthur A, Pichora DR. Evaluation of interventions for rotator cuff pathology: a systematic review. *J Hand Ther*. 2004;17(2):274-99.

16. Michener LA, Walsworth MK, Burnet EN. Effectiveness of rehabilitation for patients with subacromial impingement syndrome: a systematic review. *J Han Ther.* 2004;17(2):152-164.
17. Peng WN et al. Review of acupuncture for frozen shoulder. *World J Acu-mox.* 2007;17(2):1-15.
18. Smith LA, Oldman AD, McQuay HJ, Moore RA. Teasing apart quality and validity in systematic reviews: an example from acupuncture trials in chronic neck and back pain. *Pain.* 2000;86(1-2):119-32.
19. Kjellman GV et al. A critical analysis of randomised clinical trials on neck pain and treatment efficacy. A review of the literature. *Scand J Rheabil Med.* 1999;31(3):139-52.
20. White AR, Ernst E. A systematic review of randomized controlled trials of acupuncture for neck pain. *Rheumatology.* 1999;38:143-7.
21. Trinh K et al. Acupuncture for neck disorders. *Spine.* 2007;32(2):236-43.
22. Ernst E, White AR. Acupuncture for back pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med* 1998;158(20):2235-41.
23. Strauss AJ. Acupuncture and the treatment of chronic low-back pain: a review of the literature. *Chiropractic Journal of Australia* 1999;29(3):112-8.
24. Van Tulder MW, Cherkin DC, Berman B, Lao L, Koes BW. The effectiveness of the acupuncture in the management of acute and chronic low back pain. A systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine.* 1999;24(11):1113-1123.
25. Ernst E et al. Acupuncture for back pain meta-analysis of randomised controlled trials and an update with data from the most recent studies. *Schmerz.* 2002;16(2):129-39.
26. Manheimer E, White A, Berman B et al. Méta-analysis: acupuncture for low back pain. *Ann Intern Med.* 2005;142:651-63.
27. Furlan AD, van Tulder M, Cherkin D, Tsukayama H, Lao L, Koes B, Berman B. Acupuncture and dry-needling for low back pain: an updated systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration. *Spine.* 2005;30(8):944-63.
28. Liujterbrug PA et al. Effectiveness of conservative treatments for the lumbosacral radical syndrome; a systematic review. *Eur Spine J.* 2007;16(7):881-899.
29. Ezzo J et al. Acupuncture for osteoarthritis of the knee: a systematic review. *Arthritis & Rheumatism.* 2001;44(4):819-25.
30. Fernandez A et al. Effectiveness of acupuncture in the treatment of pain from osteoarthritis of the knee. *Aten Primaria.* 2002;30(10):602-610.
31. White A, Forster NE, Cummings M, Barlas P. Acupuncture treatment for chronic knee pain: a systematic review. *Rheumatology.* 2007;46(3):384-90.
32. Manheimer E, Linde K, Lao L, Bouter LM, Berman BM. Meta-analysis: acupuncture for osteoarthritis of the knee. *Ann Intern Med.* 2007;146(12):868-877.
33. Bjordal JM, Johnson MI, Lopes-Martins RA, Bogen B, Chow R, Ljunggren AE. Short-term efficacy of physical intervention in osteoarthritis knee pain. A systematic review and meta-analysis of randomised placebo-controlled trials. *BMC Musculoskelet Disord.* 2007;8(1):51.
34. Gerlier JL. L'échelle de Jadad pour approcher la qualité d'un essai contrôlé randomisé. *Acupuncture & Moxibustion.* 2002;1(1-2):66-67.
35. Nguyen J. Le problème des revues méthodiques, à propos de deux revues sur l'acupuncture dans la gonarthrose. *Acupuncture & Moxibustion.* 2004;3(3):216.
36. Goret O. Acupuncture et Polyarthrite Rhumatoïde : revue systématique. *Acupuncture & Moxibustion.* 2007. In press.
37. Ter Riet G et al. Acupuncture and chronic pain : a criteria-based meta-analysis. *J Clin Epidemiol.* 1990;43(11):1191-9.



Attention, c'est déjà arrivé !

## Incidents et accidents attribués à l'acupuncture

Jean-Marc Stéphan

### Acupuncture abdominale et longues aiguilles : danger !

Deux études de cas ont été observées à Séoul en Corée du Sud.

Une pancréatite aiguë avec une amylasémie à 1162 U/l a été induite chez une femme de 42 ans ayant un index de masse corporelle bas (IMC=16,41 kg/m<sup>2</sup>) cinq heures après une séance d'acupuncture. L'acupuncteur avait utilisé des aiguilles de 13 cm de long placées au niveau de la paroi abdominale antérieure en région péri-ombilicale. La patiente souffrait d'une dyspepsie fonctionnelle à type de gonflement et plénitude épigastrique, sans preuve d'ulcère ou de reflux à la gastro-fibroscopie. Pendant deux mois, elle avait bénéficié en vain d'un traitement à base d'anti-H2 et de thérapeutiques prokinétiques. Les auteurs concluaient que cette pancréatite aiguë, la première décrite dans la littérature internationale et heureusement résolutive, était en rapport chez cette femme à faible index de masse corporelle à la perforation de la glande par une aiguille de trop grande longueur.

Uhm MS, Kim YS, Suh SC, Kim I, Ryu SH, Lee JW, et al. Acute pancreatitis induced by traditional acupuncture therapy. Eur J Gastroenterol Hepatol 2005;17(6):675-7. Department of Internal Medicine, Seoul Paik Hospital, Inje University College of Medicine, Seoul, Korea.

La deuxième observation décrit une complication rare ayant entraîné le décès d'un homme de 68 ans par hématomérose massive, résultat d'une fistule aorto-duodénale. Il s'agissait d'un homme ayant bénéficié un mois avant son admission hospitalière d'une séance d'acupuncture pour douleurs dorsales chroniques. L'acupuncteur lui avait enfoncé profondément dans la zone mi-abdominale et supra-ombilicale une aiguille de 15 cm de long. La dorsalgie s'était aggravée avec des douleurs abdominales sévères, nausées, vomissements. Une fièvre intermittente se développa deux semaines plus tard accompagnée de méléna, d'hématomérose. Il perdit 8 kg en 1 mois. Le scanner objectiva un pseudo-anévrisme de l'aorte abdominale juste en-dessous du duodénum entouré d'un hématome et de multiples bulles d'air, le tout évoquant une fistule aorto-duodénale. D'autre part, des hémocultures révélèrent deux jours après le décès la présence de *Klebsiella pneumoniae*.

Chang SA, Kim YJ, Sohn DW, Park YB, Choi YS. Aortoduodenal fistula complicated by acupuncture. Int J Cardiol 2005;104(2):241-2. Division of Cardiology, Department of Internal Medicine, Seoul National University College of Medicine, 28 Yongon-dong, Chongno-gu, Seoul 110-744, Republic of Korea.

### COMMENTAIRE ET RECOMMANDATIONS

Ces deux études de cas rapportent à nouveau le danger des aiguilles de longueur supérieure ou égale à 10 cm que nous avons déjà évoqué dans l'acupuncture dorso-lombaire à longues aiguilles dans un précédent article [1].

Ainsi, dans ces deux observations coréennes, il apparaît que les acupuncteurs ne maîtrisent pas les notions simples d'anatomie surtout chez les personnes

à faible indice de masse corporelle et qu'ils n'hésitent pas à puncturer avec de très longues aiguilles. Il semble que le point impliqué soit le *zhongwan* (VC12), point *mu* de l'Estomac, situé à mi-distance sur une ligne réunissant l'appendice xiphoïde et l'ombilic et se projetant au niveau de L1. Nous pouvons voir les rapports anatomiques sur la figure 1 et le scanner en figure 2 avec l'insertion d'une longue aiguille. Ainsi

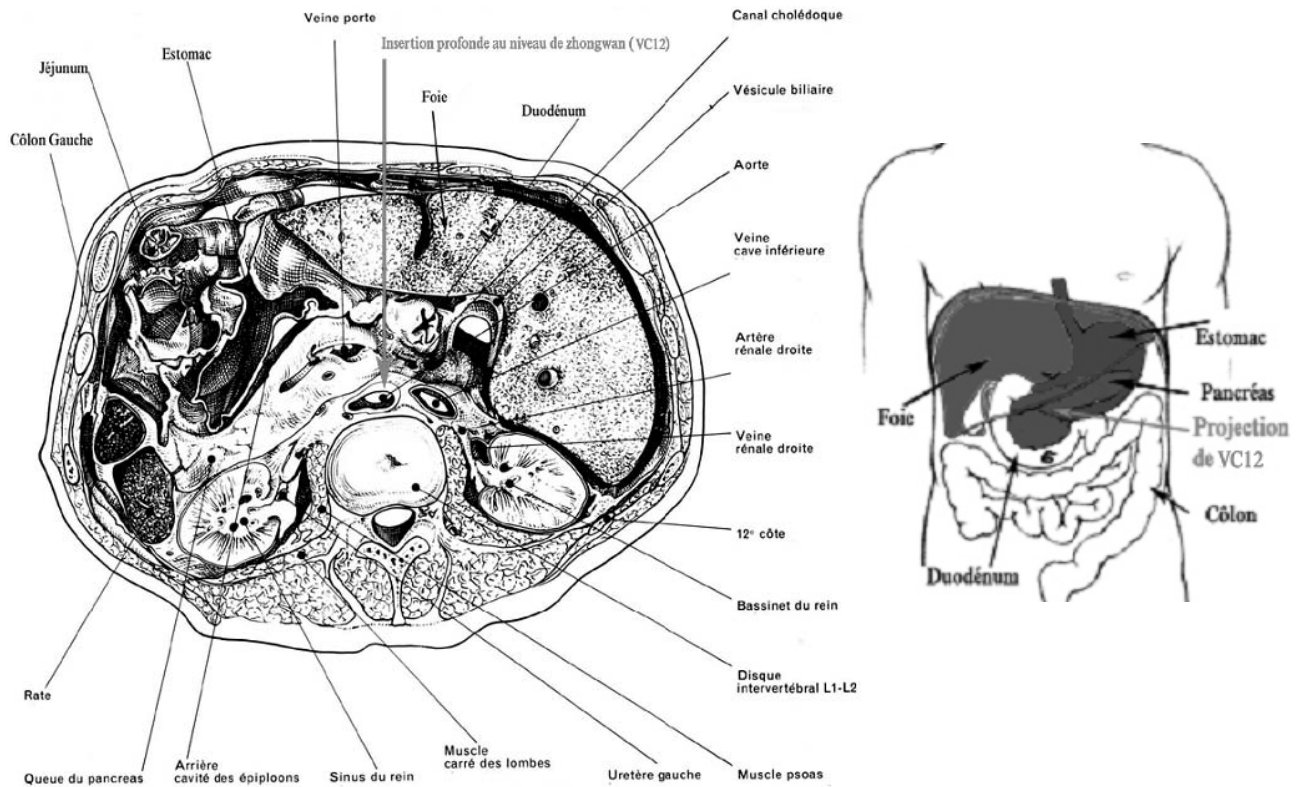


Figure 1. Rapports anatomiques du point VC12 au niveau du disque intervertébral L1-L2 suite à une insertion profonde.

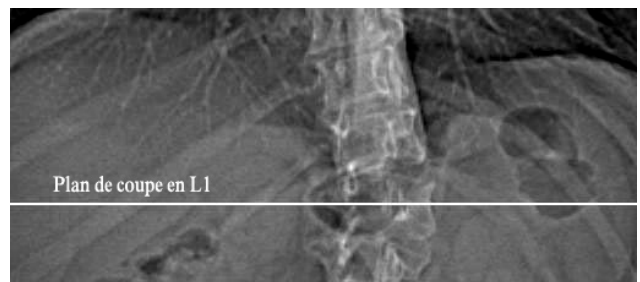
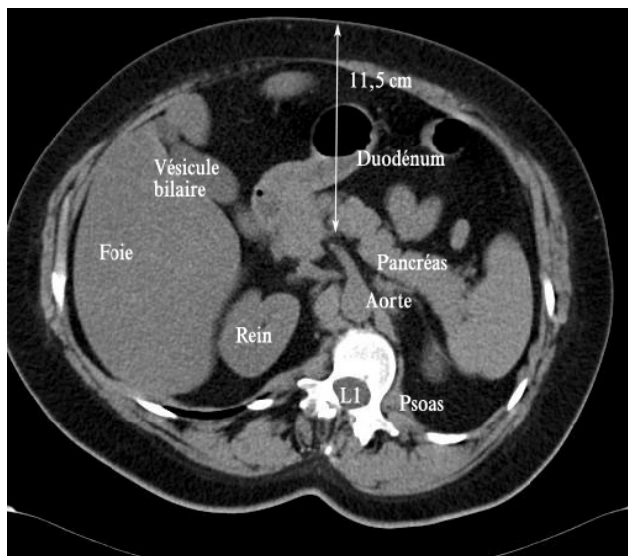


Figure 2. Scanner passant en L1 chez une personne obèse scoliotique avec IMC à 30 kg/m<sup>2</sup>

au niveau du VC12, le duodénum, le pancréas et plus en profondeur l'aorte peuvent être perforés. Hao et al avaient observé au scanner chez 25 patients les rapports anatomiques de la puncture profonde au niveau du *zhongwan*. Dans trois cas, l'aiguille atteignait le

bord de la petite courbure de l'estomac ; dans cinq cas, elle prenait place le long du bord droit de la veine mésentérique supérieure ; dans un cas, elle touchait le bord gauche de la veine mésentérique inférieure ; deux cas : la tête du pancréas, trois cas le corps du



pancréas ; sept cas la veine cave inférieure et enfin dans quatre cas l'aorte abdominale bord antérieur ou bord droit. La distance entre la pointe de l'aiguille et le bord antérieur du corps vertébral se situait entre 10 et 60 mm avec une moyenne de  $33 \text{ mm} \pm 17,29 \text{ mm}$  [2].

Mais pourquoi piquer aussi profondément ? Les indications les plus fréquentes du VC12 sont les gastralgies, les dyspepsies, les vomissements. On le pique à une profondeur habituelle de 0,8 à 1,2 *cun* ou selon l'académie de Beijing entre 2,5 et 5 cm. Le VC12 n'est habituellement pas utilisé pour traiter des dorsalgies, ni les lombalgies. Néanmoins, deux études chinoises préconisent l'utilisation des points abdominaux dans le traitement des lombalgies [3,4] et concluent que l'acupuncture abdominale s'est montrée de manière statistiquement significative ( $p < 0,05$ ) plus efficace que l'acupuncture corporelle ou même que l'électroacupuncture [5].

Quoiqu'il en soit, à nouveau, il apparaît nécessaire de répéter que l'utilisation des aiguilles trop longues même chez les personnes en surpoids est dangereuse et que les notions élémentaires d'anatomie doivent être enseignées et assimilées.

### Les indications classiques du *zhongwan* (VC12) et la profondeur d'insertion.

Selon l'expérience clinique de Wang Fenggyi, la profondeur d'insertion du *zhongwan* (VC12) doit être d'environ de 4 à 5 *cun* dans les indications de gastrite aiguë accompagnée de douleurs abdominales sévères, mais aussi dans les gastrites chroniques [6]. Il précise que la puncture est dangereuse et doit être réservée à des professionnels avertis. Wu et Yan utilisent des aiguilles de 125 mm qu'ils font pénétrer en les faisant tourner lentement en fonction de la respiration du patient jusqu'à une profondeur de 75 mm. Les applications cliniques sont identiques à celles précédemment décrites, en particulier la gastralgie (par stagnation du *qi* de Foie, Vide-Froid d'Estomac et de Rate-Pancréas) qui

sera immédiatement soulagée. Le patient retrouve une rapide augmentation du péristaltisme gastro-intestinal suivie d'une amélioration de l'appétit et une normalisation graduelle des fonctions digestives. Ces auteurs préconisent aussi d'utiliser les aiguilles longues au VC12 en cas de migraines (par excès à la fois de Feu de Foie et de Feu de Vésicule Biliaire) et d'hystérie (par stagnation du *qi* de Foie entrant dans le cadre du syndrome *yuzheng* [7]. Le point *zhongwan* (VC12) en puncture profonde est préconisé parce qu'il est le pivot des énergies des trois foyers, point *mu* de l'Estomac, point Grande Réunion (*bahui*xue) des entrailles *fu*, point de restauration du *yang* (*huiyang jiuzhengxue*), point de croisement (*jiaohuixue*) avec le *zushaoyin*, *zuyangming* et *zutaiyin*.

### L'acupuncture abdominale de Bo

L'acupuncture abdominale est une méthode acupuncture introduite par Bo Zhiyun dans les années 1990 [8,9]. Il s'agit d'une nouvelle méthode d'insertion et de manipulation de longues aiguilles au niveau des points abdominaux permettant de régulariser les *zangfu* [10]. Les indications concernent essentiellement la rhumatologie (hernie discale, cervicalgie, mais aussi les problèmes digestifs). Ainsi la périarthrite scapulo-humérale traitée par la méthode de l'acupuncture abdominale (points *zhongwan* (VC12), *shangqu* (RE17), *huaroumen* (ES24)) associée à l'acupuncture classique corporelle est statistiquement plus efficace que l'acupuncture classique ( $p < 0,05$ ) [11]. Mais on l'utilise aussi dans un cadre plus en rapport avec ses indications. Ainsi dans les dyspepsies non ulcéreuses, Wang Zichen et al ont démontré dans un essai clinique randomisé chez 91 sujets que l'utilisation de l'aiguille longue au *zhongwan* (VC12) était statistiquement plus efficace que le groupe traité par administration orale de dompéridone ( $p < 0,01$ ) [12].





Dr Jean-Marc Stéphan  
jm.stephan@acupuncture-medicale.org

Secrétaire Général de l'ASMAF-EFA  
Co-directeur de la revue *Acupuncture & Moxibustion* Membre du Collège Français d'Acupuncture (CFA)  
Médecin acupuncteur attaché au CH de Denain

Attaché d'enseignement à la faculté de médecine de Lille  
(AUEC d'acupuncture obstétricale)

### Références

1. Stéphan JM, Nguyen J. Attention, c'est déjà arrivé ! Incidents et accidents attribués à l'acupuncture. *Acupuncture & Moxibustion*. 2006;5(1):71-74.
2. Hao Zz, Chuo Zh, Gao T. [Anatomic observation of the qi-getting layer of point zhongwan with deep insertion of an elongated needle]. *Shanghai journal of acupuncture and moxibustion*. 2004;23(11):35.
3. Zuo-Tao Z, Xiao-Shan L. [observations on the effect of abdominal acupuncture in treating 42 cases of lumbar intervertebral disc protusion]. *Shanghai journal of acupuncture and moxibustion* 2004;23(2):13.
4. Wu Yang-Yang, liao Jing-Ping, Li Qiong. [Clinical observation on abdominal acupuncture for treatment of 114 case of prolapse of lumbar intervertebral disc]. *Chinese acupuncture and moxibustion* 2004;24(11):750.
5. Guo Wangang, Linru A, Gong Lifeng et al. [Observation on the therapeutic effect of abdominal acupuncture on intervertebral disk displacement in 50 cases.]. *Chinese acupuncture and moxibustion* 2003;23(3):145.
6. Wang Fengyi. Deep insertion of zhonwan (ren12), heavy moxibustion at guanyuan (ren4), bloodletting at weizhong (b40), and venous cupping therapies. *Essentials of contemporary chinese acupuncturists' clinical experiences*, Foreign Lang 1989:22-5.
7. Wu J-H, Yan L. Examples of clinical application of acupuncture of zhongwan (CV 12) with elongated needle. *World J. Acu-moxi* 2005;15(1):43-45.
8. Bo Zhiyun. [Clinical application of abdominal acupuncture]. *Beijing journal of traditional chinese medicine* 1992;6:44.
9. Bo Zhiyun. [On abdominal acupuncture therapy]. *Chinese Acupuncture and moxibustion* 2001;21(8):474.
10. Wang Li-Ping, Bo Zhiyun [Clinical experience on Bo's abdominal acupuncture ]. *Chinese acupuncture and moxibustion* 2004;24(3):201.
11. Sui Minghe. Clinical observation on 36 cases of scapulohumeral periarthritis treated by abdominal acupuncture and body acupuncture. *World journal of acupuncture-moxibustion* 2001;11(2):43.
12. Wang Zichen, Wang Wenli. [Observation on therapeutic effect of elongated needle therapy on non-ulcerative dyspepsia]. *Chinese acupuncture and moxibustion* 2002;22(3):149.



## Acupuncture expérimentale

# L'obtention du *deqi* au 6MC n'est pas en relation avec la position de l'aiguille par rapport au nerf médian

Johan Nguyen

Streitberger K, Eichenberger U, Schneider A, Witte S, Greher M. **Ultrasound measurements of the distance between acupuncture needle tip at P6 and the median nerve.** J Altern Complement Med. 2007;13(5):585-91.-4.

### Résumé

#### Objectif

Evaluer par échographie la relation entre le *deqi* et la position de la pointe de l'aiguille par rapport au nerf médian.

#### Plan expérimental

Etude expérimentale humaine.

#### Cadre

Consultations externes de la Clinique de la Douleur de l'Université Médicale de Vienne (Autriche).

#### Patients

50 patients. *Critères d'inclusion* : patients consultant pour des douleurs avec indication de la puncture du 6MC (*neiguan*). *Critères d'exclusion* : 1) patients de moins de 18 ans ; 2) problèmes neurologiques au membre supérieur ; 3) grossesse ; 4) troubles de la coagulation ; 5) coronaropathie sévère.

#### Intervention

Chez tous les patients, étude bilatérale :

1- *puncture et recherche du deqi au 6MC*. Intervention par le même opérateur, acupuncteur confirmé. Puncture perpendiculaire avec

une aiguille de 25 mm de long et 0,20 mm de diamètre. Insertion lente jusqu'à ce que le patient ressente le *deqi*. Le *deqi* obtenu, l'aiguille est laissée en place. En cas de sensation pénible ou de douleur électrique la position de l'aiguille est légèrement modifiée. Si le *deqi* n'est pas obtenu, un seul nouvel essai est réalisé en corrigeant la position.

2- *Echographie du nerf médian*. Aussitôt après mise en place de l'aiguille, un échographiste confirmé identifie le nerf médian au niveau proximal par rapport au 6MC. Une fois le nerf identifié, la sonde est déplacée en direction distale jusqu'à l'aiguille. Une légère manipulation de 1 mm du manche permet à l'opérateur de localiser indirectement la pointe de l'aiguille à partir du mouvement du tissu environnant. La position de la pointe est ainsi marquée.

#### Critères de jugement

Sont étudiés : 1) l'obtention ou non du *deqi* ; 2) la distance entre le centre du nerf médian et la pointe de l'aiguille (dans les sens vertical et transversal) ; 3) le nombre de contact aiguille - nerf (distance  $\leq 1$  mm) ou

de pénétration du nerf (mouvement observé à l'intérieur de l'épinièvre) ; 4) les effets secondaires observés à une semaine.

#### Principaux résultats

Sur 50 patients, 97 examens ont pu être réalisés : chez un patient la puncture a été unilatérale droite du fait d'un problème neurologique à gauche ; un cas de douleur importante amenant au retrait de l'aiguille avant échographie ; un cas où la position du médian n'a pu être déterminée.

1) Le *deqi* est obtenu dans 85 cas. 2) Dans ces cas de *deqi* positif la distance moyenne pointe de l'aiguille - centre du nerf est de  $1,6 \text{ mm} \pm 2,0$  (plage de variation de 0 à 9,8 mm). 3) Dans 52 cas il y a contact avec le nerf, dont pénétration de l'épinièvre dans 14 cas. Il n'y a pas de relation entre *deqi* et contact. 4) Aucune complication n'est observée à une semaine.

#### Conclusion

Le *deqi* n'est pas en relation avec un contact avec le nerf médian. La pénétration du nerf est observée dans un nombre significatif de cas sans aucune séquelle neurologique.

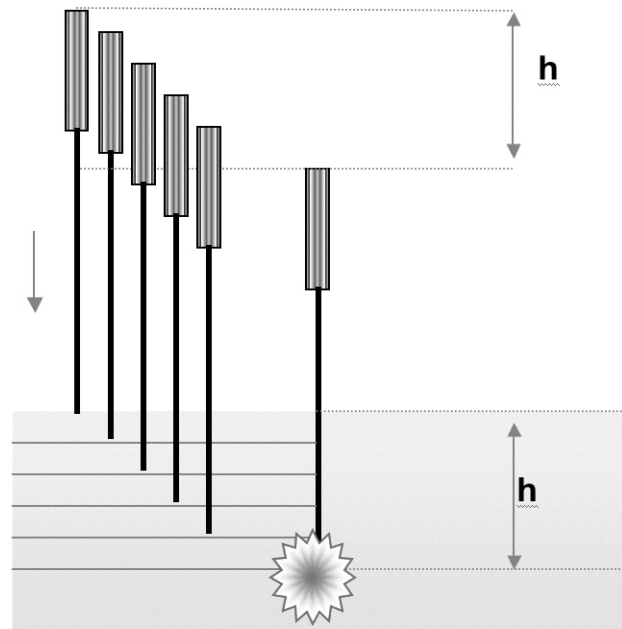
## COMMENTAIRES

Le *deqi* est défini classiquement comme la sensation d'engourdissement, de lourdeur ou de distension perçue par le patient en réaction à la puncture [1]. La description de la sensation est en fait extrêmement variable en fonction du sujet (on parle d'une « constellation » de qualificatifs [2]). Dans l'étude, Streitberger classe le *deqi* en 5 types différents : 1) lourdeur, 2) picotement, 3) engourdissement, 4) distension, 5) irradiation. La problématique du *deqi* est centrale dans la recherche clinique ou expérimentale en acupuncture dans la mesure où il paraît exister une corrélation étroite entre *deqi* et efficacité thérapeutique [1,3] ou intensité de l'action [4]. Paradoxalement la notion même de *deqi* apparaît largement incomprise chez les praticiens [5].

### La profondeur du *deqi*

Le *deqi* est obtenu à une profondeur de puncture définissant la profondeur du *deqi*. La mise en évidence de cette profondeur nécessite une puncture avec une progression lente (figure 1) et les auteurs de l'étude utilisent de façon tout à fait correcte cette méthode. L'originalité est la détermination échographique de cette profondeur. La position de la pointe de l'aiguille (non apparente en échographie) est déterminée de façon indirecte à partir du mouvement des tissus environnants secondaire à un petit déplacement de l'aiguille. La profondeur du *deqi* au 6MC ainsi observée est de  $11,9 \pm 3,1$  mm (plage de variation de 4,0 à 21,0 mm). Cette profondeur apparaît inférieure à celle déterminée cliniquement au 6MC par Chen Weichang et al ( $20,5 \pm 4,61$  mm [6]). Mais ces deux évaluations sont cohérentes avec la profondeur de puncture telle qu'elle est décrite au 6MC dans les traités d'acupuncture de base (0,5 à 1,0 cun [7] ou 0,5 à 0,8 cun [8] soit entre 11 et 22 mm dans la population courante).

La profondeur d'obtention du *deqi* est variable en fonction des patients, mais d'autres éléments sont susceptibles d'intervenir : en cas de répétition des séances, on observe une sensibilisation du point et une superficialisation du *deqi* [1]. Dans les études sur la profondeur du *deqi*, il faudrait tenir compte de ce paramètre éventuel



**Figure 1.** La profondeur du *deqi*. La mise en évidence de cette profondeur nécessite une implantation progressive et lente de l'aiguille, millimètre par millimètre. A une certaine profondeur d'implantation ( $h$ ), le sujet perçoit le *deqi*. Cette distance définit « la profondeur d'obtention du *deqi* ». Cette distance peut être mesurée cliniquement, ou comme dans l'étude rapportée échographiquement. L'intérêt de l'échographique est l'analyse des rapports anatomiques de la pointe de l'aiguille.

(exclusion des sujets puncturés récemment au niveau du point étudié).

### L'obtention du *deqi*

En utilisant la technique décrite à la figure 1, le *deqi* n'est pas obtenu de façon constante même après implantation maximale. Il faut alors procéder à un retrait lent (millimètre par millimètre) : le *deqi* peut apparaître à la remontée de l'aiguille. Si le *deqi* n'est toujours pas perçu, il faut répéter l'implantation progressive (sans retrait de l'aiguille) en modifiant légèrement l'angle. Dans l'étude, les auteurs ne mentionnent pas le retrait lent et disent ne répéter la technique d'enfoncement lent qu'une seule fois en cas d'échec. Le *deqi* est ainsi obtenu dans 88% des cas (85 cas sur 97 punctures du 6MC). En clinique, il faut considérer que le *deqi* peut être obtenu de façon constante (en dehors de cas de troubles de la sensibilité) en répétant les manœuvres, en augmentant la force d'insertion, en ajoutant des manœuvres de rotation ou d'enfoncement-retrait, en

utilisant les techniques complémentaires d'obtention du *deqi* (figure 2).

Dans 28% des cas, la position de l'aiguille a dû être modifiée du fait de sensation pénible ou de douleur électrique. La douleur électrique est d'observation fréquente au 6MC et la proportion rapportée confirme l'impression clinique. Il faut distinguer le *deqi* de toutes les sensations douloureuses (le *deqi* n'est pas douleur). Mais il se pose le problème de la pusillanimité éventuelle des patients pouvant modifier grandement les résultats d'une étude sur le *deqi*. Aussi, l'information préalable du sujet est très importante, et l'étude n'apporte pas d'élément sur ce qui a été réalisé.

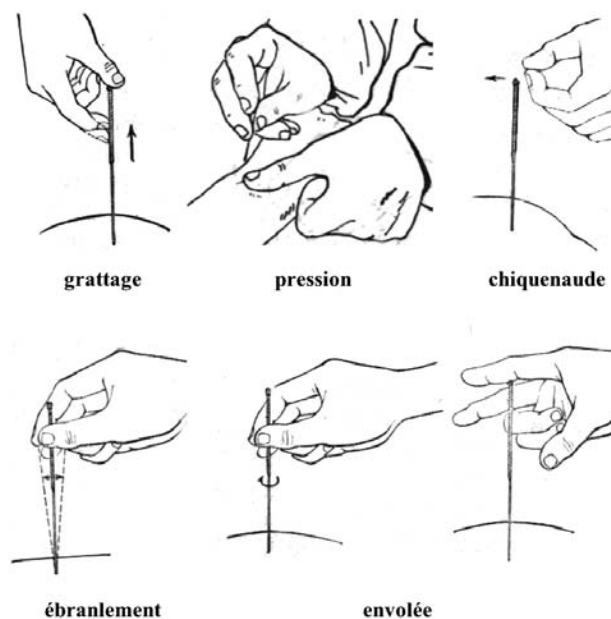
### Rapport *deqi*/nerf médian

L'objectif de l'étude est la recherche d'une relation entre *deqi* et nerf médian. Les auteurs avaient émis l'hypothèse que le *deqi* est obtenu au contact de l'épînèvre du nerf médian (figure 3), le *deqi* prévenant ainsi la pénétration du nerf. Le résultat remarquable est l'absence de relation *deqi*-épînèvre. Lors du *deqi* (85 cas), la distance aiguille-épînèvre est de  $1,6 \text{ mm} \pm 2,0$  (plage de variation de 0 à 9,8 mm), sans différence avec les 12

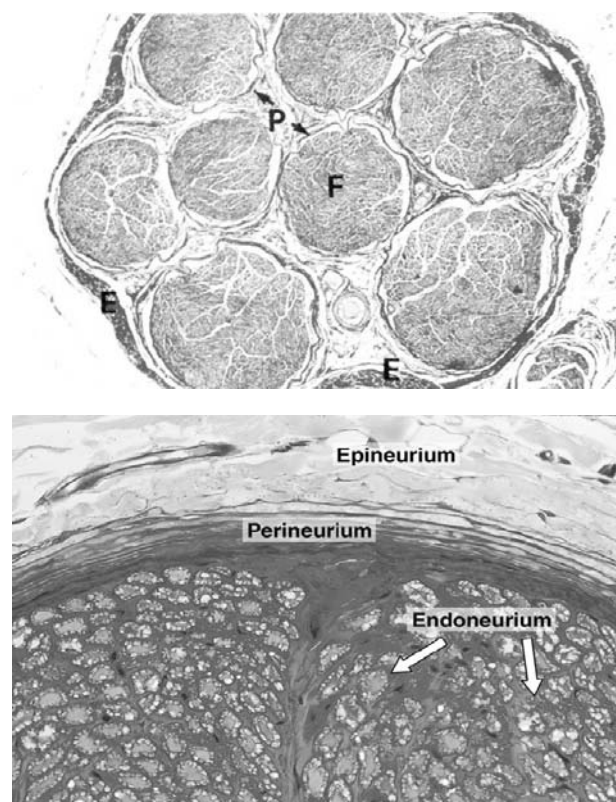
cas sans *deqi*. Il n'y a pas de relation entre contact avec le nerf (défini par une distance  $\leq 1 \text{ mm}$  de la pointe de l'aiguille à l'épînèvre) et obtention ou pas du *deqi*. Le *deqi* peut être ainsi obtenu à près de 10 mm de l'épînèvre et inversement l'aiguille peut être en dedans de l'épînèvre sans aucune perception de *deqi*. Sur la base des données de l'étude, il est clair que le nerf médian n'est pas directement la structure réceptrice de la stimulation acupuncturale, ou tout au moins responsable de l'induction du *deqi*.

### Puncture directe du médian

L'autre élément remarquable de l'étude est le fait que dans 15% des cas de puncture du 6MC (14 cas sur 97) l'aiguille est intraneurale (en dedans de l'épînèvre). Chez un seul de ces 14 patients des paresthésies persistantes sont observées durant quelques minutes au retrait de l'aiguille. L'examen neurologique une semaine après



**Figure 2.** Dans un certain nombre de cas, le *deqi* n'est pas obtenu par la méthode d'insertion lente (figure 1). Les techniques complémentaires permettent si nécessaire l'obtention, l'amplification et la diffusion du *deqi*.



**Figure 3.** Anatomie du nerf périphérique. Les fibres nerveuses sont regroupées en des fascicules (F). Le tissu de soutien est constitué de l'épînèvre (E) en périphérie, du périnèvre (P) entre les fascicules et de l'endoneurium entre les fibres. En échographie l'épînèvre est hyperéchogène par rapport aux fascicules hypoéchogènes.



est strictement normal dans tous les cas. L'étude échographique révèle qu'au niveau du 6MC le nerf médian est relativement superficiel : la distance entre la surface de la peau et l'épînèvre est de  $5,6 \pm 1,8$  mm (plage de variation de 2,2 à 11,1 mm). Comme le souligne Streitberger, en comparant la position du médian et la profondeur de puncture classiquement indiquée, il est tout à fait logique que se produise fréquemment une pénétration de l'épînèvre. Dans 64% des cas, la pointe de l'aiguille est plus profonde que le centre du nerf, et seulement 8% plus superficielle (dans 27% il n'y a pas de déviation verticale). Si la pénétration du nerf n'est pas plus fréquente, c'est que la pointe de l'aiguille est décalée en position radiale (40%) ou ulnaire (59%) par rapport au centre du nerf (dans seulement 1% il n'y a pas de déviation horizontale).

La puncture directe du médian apparaît sans aucune conséquence dommageable pour le nerf. Ceci confirme les données issues de l'analyse de la littérature occidentale : une seule publication rapporte une neuropathie du médian secondaire à l'acupuncture. Il s'agit en fait d'une lésion liée au déplacement d'un fragment d'aiguille brisée après insertion au niveau dorsal du poignet 10 ans auparavant [9]. Deux seuls autres cas de neuropathie périphérique sont rapportés sous la forme d'atteintes du sciatique poplitée externe apparemment secondaires à la puncture du 34VB. Un de ces cas est également lié à un bris d'aiguille [10]. L'autre cas, rapporté 6 ans après l'apparition des symptômes (paralyse du SPE) s'accompagne d'une lésion cutanée brune au niveau du 34VB [11], suggérant une pratique de chimiopuncture locale. Les éventuelles lésions nerveuses périphériques après acupuncture sont donc liées : 1) à des morceaux d'aiguille après bris ou implantation volontaire à demeure, localement ou après migration (32 cas de neuropathies dans la littérature japonaise [12], 2) à l'injection médicamenteuse au niveau des points [13], 3) à une intensité de stimulation des points inhabituelle [13]. Les études prospectives confirment l'innocuité de la puncture du 6MC dans des modalités usuelles : aucune atteinte nerveuse périphérique n'est rapportée dans les trois grandes études prospectives, al-

lemande (étude GERAC : suivi sur 6 mois de 190 924 patients par 12 000 praticiens au cours de plus de 1,77 million de séances [14]) et anglaises (étude SAFA : suivi de 31 822 séances durant 21 mois par 78 praticiens [15], étude York : suivi de 34 407 séances par 574 praticiens [16]).

### Implications

Les études anatomiques des années 70 ont mis en avant les relations des points d'acupuncture avec le système nerveux périphérique : Bossy identifie ainsi au niveau des points dans 29% des cas un nerf cérébrospinal et dans 37% des cas un élément du système nerveux autonome [17]. Mais on peut faire le constat inverse : macroscopiquement sous au moins un tiers des points d'acupuncture, les anatomistes n'ont pas identifié de structure nerveuse. Compte tenu de la densité des points d'acupuncture et de la densité du réseau constitué par le système nerveux périphérique, on peut émettre l'hypothèse que les relations observées entre points et nerfs ne relèvent que d'une distribution aléatoire. Le 6MC avec ses rapports apparemment évidents avec le nerf médian est bien sûr emblématique des relations supposées étroites entre points d'acupuncture et système nerveux périphérique. Mais il apparaît sur la base de l'étude de Streitberger que même au niveau de ce point, il n'y a pas de relation directe entre le point (dans son expression clinique, le *deqi*) et le nerf.

Ceci est tout à fait concordant avec l'évolution des données sur le point d'acupuncture qui apparaît comme une structure conjonctive transformant le signal mécanique de la puncture en signal biochimique spécifique [18,19,20]. Cette mécanotransduction a pour conséquence une stimulation des récepteurs neurosensoriels locaux, induisant la sensation de *deqi*. En tant que sensation, le *deqi* est bien sûr véhiculé par le système nerveux et les voies sensitives. Mais on peut émettre l'hypothèse que le *deqi* n'est que le témoin de la mécanotransduction locale et que la diffusion du signal acupunctural emprunte d'autres voies notamment par un réseau de fibroblastes [21] qui serait alors organisé en « méridiens ».





D<sup>r</sup> Johan Nguyen,  
27, bd d'Athènes - 13001 Marseille  
☎ 04.96.17.00.30 📠 04.96.17.00.31  
✉ johan.nguyen@wanadoo.fr

## Références

1. Nguyen J. Le *deqi*, sensation de puncture. Sémiologie et intérêt thérapeutique, synthèse des données et recommandations. Revue Française de MTC. 2000;185:14-5.
2. Nguyen J, Guiguet L, Lambert G, Pernice C, Nguyen Trong Khanh et Subey G. La sensation d'arrivée de l'énergie (*deqi*) : description par 150 patients. Revue Française de MTC. 1983;97:139-44.
3. Vas F, Perea-Milla E. Les effets immédiats de la puncture du *tiaokou* ES38 dans l'épaule douloureuse et l'importance du *deqi*. Acupuncture & Moxibustion. 2004;3(3):167-74.
4. Nguyen J. La puncture avec *deqi* du 36E est supérieure à la puncture sans *deqi* pour obtenir une augmentation du débit sanguin au niveau du muscle tibial antérieur. Acupuncture & Moxibustion. 2006;5(1):68.
5. Nguyen J, Fauré M. Enquête de pratique sur la sensation de puncture (*deqi*). Revue Française de MTC. 2000;188:26-8.
6. Chen Weichang et al. Détermination de la profondeur de piqûre pour l'obtention de la sensation puncturale. Mensuel du Médecin Acupuncteur. 1982;88:704.
7. Beijing College of TCM et al. Essential of chinese acupuncture. Beijing: Foreign Languages Press; 1980.
8. Cheng Xinnong. Chinese acupuncture and moxibustion. Beijing: Foreign Languages Press; 2003.
9. Southworth SR et al. Foreign body in the median nerve: a complication of acupuncture. Journal of Hand Surgery. 1990;15:111-12.
10. Sato M, Katsumoto H, Kawamura K, Sugiyama H, Taka. Peroneal nerve palsy following acupuncture treatment. A case report. J Bone Joint Surg Am. 2003;85-A(5):916-8.
11. Sobel E et al. Drop foot as a complication of acupuncture injury and intragluteal injection. Journal of the American Podiatric Medical Association. 1997;87(2):52-9.
12. Masato E et al. [Adverse events of nerve injury]. Journal of the Japan Society of Acupuncture and Moxibustion. 2000;50(4):697.
13. Yang Zhan-Lin. [Peripheral nervous injury and muscular contracture caused by strong stimulus in acupuncture points and medicine injection]. Journal of Traditional Chinese Medicine. 1987;3(6):34-6.
14. Endres HG, Molsberger A, Lungenhausen M, Trampisch HJ. An internal standard for verifying the accuracy of serious adverse event reporting: the example of an acupuncture study of 190,924 patients. Eur J Med Res. 2004;9(12):545-51.
15. White A, Hayhoe S, Hart A, Ernst E. Survey of adverse events following acupuncture (SAFA): a prospective study of 32,000 consultations. Acupuncture in Medicine. 2002; 19(2):84.
16. Macpherson H, Thomas K, Walters S. A prospective survey of adverse events and treatment reactions following 34,000 consultations with professional acupuncturists. Acupuncture in Medicine. 2002;19(2):93.
17. Bossy J et al. Substratum macroscopique des points d'acupuncture. Bulletin de l'Association des Anatomistes. 1975; 59(165):357-62.
18. Stéphan JM. A la recherche du substratum anatomique du point d'acupuncture. Acupuncture & Moxibustion. 2006; 5(3):252-61.
19. Stéphan JM. Acupuncture, tissu conjonctif et mécanotransduction. Acupuncture & Moxibustion. 2006;5(4):362-7.
20. Stéphan JM. Acupuncture, récepteurs transmembranaires à tyrosine-kinases, à cytokines et transduction. Acupuncture & Moxibustion. 2007;6(1):79-86.
21. Langevin HM, Cornbrooks CJ, Taatjes DJ. Fibroblasts form a body-wide cellular network. Histochemistry and Cell Biology. 2004;122(1):7-15.

Patrick Sautreuil

## La Kansai University of Health Sciences (Osaka, Japon) : interview des D<sup>rs</sup> Setsuko Kame et Daisuke Takeda

**Acupuncture & Moxibustion :** Pouvez-vous nous rappeler, s'il vous plaît, quand le «Kansai College of Oriental Medicine» a-t-il été fondé?

**Setsuko Kame et Daisuke Takeda :** En 1957 a été fondée la « Kansai Vocational School of Oriental Medicine ». En 1985, elle est devenue le « Kansai College of Oriental Medicine ». L'enseignement est passé de 3 à 4 années en 2003. Cette année, en 2007, notre établissement a pris le nom de « Kansai University of Health Sciences ».

**A & M :** Quels enseignements y sont-ils dispensés ?

**SK-DT :** Auparavant, nous enseignions essentiellement les théories de la Médecine Orientale (ainsi que *Huang Di Nei Jing* & *Su Wen*) avec un apprentissage pratique de l'Acupuncture et de la Moxibustion. Maintenant, nous augmentons l'enseignement en médecine occidentale.

**A & M :** Le changement de nom indique-t-il un changement d'orientation ? L'abandon du terme

« oriental » signifie-t-il un éloignement par rapport à la tradition ?

**SK-DT :** Au Japon, après l'époque Meiji (depuis 1867), les médecins étaient formés par les écoles ou les universités de Médecine Occidentale, et les acupuncteurs « moxibusteurs » étaient formés par les écoles de Médecine Orientale. Les enseignements étaient séparés. Mais ces dernières années, les médecins ont commencé à s'intéresser aux domaines de l'Acupuncture et de la Moxibustion : quelques uns par curiosité, d'autres pour étendre leur connaissance en clinique. Chez nous, la plupart des médecins qui pratiquent dans ce domaine, le font pour l'activité. Ils apprécient la médecine occidentale en général. Donc, ils ont tendance à s'éloigner de la tradition. Malgré tout, nous garderons toujours l'orientation de l'enseignement et des études de Médecine Orientale, domaine qui reste le plus important dans notre université.

Maintenant (depuis cette année), il y a deux facultés chez nous : la faculté d'Acupuncture et Moxibustion



平成18年度 関西鍼灸大学 卒業式 2007.3.9

**Figure 1.** Le corps professoral de la Kansai University of Health Sciences (tous les enseignants ne sont pas présents sur cette photo).

tion qui forme des acupuncteurs et des moxibusteurs et la faculté de kinésithérapie. Au Japon, les kinésithérapeutes peuvent trouver des emplois à l'hôpital plus facilement que les acupuncteurs et moxibusteurs. Donc cette faculté est plus populaire parmi les élèves.

**A & M : Aujourd'hui combien y a-t-il de professeurs, d'élèves et de disciplines ?**

**SK-DT :** Pour la faculté d'Acupuncture et Moxibustion : 100 élèves par année, 4 années, soit un total de 400.

Pour la faculté de kinésithérapie : 50 élèves et c'est la première année. À plein régime, cela fera 200 élèves. Les Professeurs sont 20 environ, les autres enseignants (comme maître-assistant) 30 environ, soit un total de 52 d'enseignants (figure 1). Le Dr Fumio Yoshimasu est notre Président (figure 2).



**Figure 2.** Dr Fumio Yoshimasu, Président de la Kansai University of Health Sciences.

**A & M : Dans le domaine de l'acupuncture, pouvez vous nous donner des précisions sur le programme des cours théoriques, des cours pratiques, des stages..., sur le déroulement des études ?**

**SK-DT :** Voici le programme des quatre années :

*Première année*

**Psychologie :** Généralités incluant les motivations personnelles et l'interaction avec les autres personnes de la population.

**Langue japonaise :** Expression personnelle et efficacité dans la communication avec les autres.

**Sociologie :** Introduction avec des matières comme le positionnement dans la société et les fonctions de la famille.

**Droit :** Interprétation et compréhension des textes légaux, spécialement du Code Civil et de la Constitution.

**Chimie :** Étude de la nature et de la structure des molécules.

**Biologie :** Étude des fonctions des gènes et des réactions immunitaires.

**Physique :** Compréhension des fonctions du corps humain expliquées selon une approche physique.

**Anglais I :** Étude de romans anglais comme Sherlock Holmes.

**Santé et Éducation Physique :** Études des fonctions du corps, en particulier celles des athlètes.

**Exercice Physique :** Pratique de différents sports, comme le volley ball ou le football.

**Médecine et Humanités :** Vue d'ensemble des sciences médicales et de leur histoire en Occident et en Orient.

**Anatomie - Enseignement :** Classe d'anatomie, selon les deux médecines, occidentale et orientale.

**Anatomie - Pratique :** Travail en laboratoire en complément à l'enseignement théorique.

**Physiologie - Enseignement :** Études des fonctions du corps comprenant les systèmes nerveux, musculaire et métabolique.

**Physiologie – Pratique :** Travail de laboratoire en complément à l'enseignement théorique comprenant l'électrophysiologie comme l'EEG et l'EMG.

**Principes de la médecine orientale :** Perspective historique de la médecine orientale et ses théories et hypothèses spécifiques.

**Points et Méridiens, Enseignement :** Étude des points d'acupuncture et leurs relations avec les courants bio-énergétiques dans le corps humain.

**Théorie de l'Acupuncture Moxibustion 1 :** Étude scientifique des mécanismes de l'acupuncture et de la moxibustion dans les organes du corps humain.

**Fondamentaux en Acupuncture et Moxibustion 1 :** Pratique des techniques de base de l'acupuncture et moxibustion.

*Deuxième année*

**Anglais II :** Classe de littérature anglaise avancée, lecture d'un texte comme « Serendipity : Accidental discoveries in Science ».

**Sécurité Sociale :** Discussion de domaines particuliers comme la sécurité, la prévention et le bien-être des personnes âgées et du travail social.

**Pathologie :** Enseignement sur la pathologie générale et spécifique comme anormalité, inflammation, dégénérescence, dysmétabolisme, etc.

**Hygiène, Hygiène Publique :** Analyse des conséquences sanitaires de divers environnements et étude des maladies infectieuses.

**Diagnostic médical :** Méthodologie diagnostique comme base de la médecine occidentale.

**Thérapeutiques Médicales Générales :** Compréhension générale de la thérapeutique et traitements utilisés en médecine occidentale.

**Thérapeutiques Médicales I (Médecine Interne, Neurologie) :** Compréhension des traitements des maladies en médecine interne et neurologie.

**Thérapeutiques Médicales II (Chirurgie, orthopédie) :** Traitement des os et des muscles, y compris la médecine sportive (figure 3).

**Thérapeutiques Médicales III (Dermatologie) :** Analyses des différentes éruptions cutanées y compris le SIDA.

**Réhabilitation Générale :** Concept de base de la réhabilitation.

**Réhabilitation Spécifique I :** Détails de l'examen en réhabilitation pratique en orthopédie et en médecine sportive.

**Physiologie Clinique :** Mécanisme physiologique de la symptomatologie clinique dans l'hypertension.

**Théorie Clinique de la Médecine Orientale :** Base théorique et diagnostics en médecine orientale, spécialement en acupuncture et moxibustion.

**Exercice en Médecine Orientale I :** Contexte et théorie en acupuncture et moxibustion.

Points et Méridiens, Pratique : Règles de l'entraînement à la sélection des points.

**Théorie en Acupuncture et Moxibustion II :** Effets de l'acupuncture et de la moxibustion sur différents organes.

**Théorie de la Clinique en Acupuncture et Moxibustion :** Réaction physiologique de différents organes en acupuncture et moxibustion.

**Fondamentaux en Acupuncture et Moxibustion II (Pratique Avancée) :** Application de méthodes et de gestes spécifiques en acupuncture et moxibustion.

**Pratique Clinique en Acupuncture et Moxibustion IV (Manipulation) :** Cours avancé de pratique de manipulation.

**Cours spécial en Médecine Orientale :** Phytothérapie médicale en MTC.

*Troisième Année*

**Législation Médicale :** Lois sur la pratique de l'acupuncture et moxibustion au Japon.

**Thérapeutiques Médicales IV (Gynécologie) :** Cours de base en obstétrique et gynécologie.

**Thérapeutiques Médicales V (Ophtalmologie) :** Cours de base en ophtalmologie.

**Réhabilitation II (Thérapeutiques Physiques) :** Rééducation des troubles cérébro-vasculaires, cardiovasculaires et respiratoires.

**Généralités en Psychologie Clinique :** Thérapie psychologique, consultations, conflits mentaux.

**Exercice en Médecine Orientale :** Connaissance pratique de l'acupuncture et moxibustion.

**Clinique Pratique en Acupuncture et Moxibustion I (Système Nerveux) :** Applications de l'acupuncture et moxibustion aux troubles neurologiques.

**Clinique Pratique en Acupuncture et Moxibustion II (Système Moteur) :** Applications de l'acupuncture et moxibustion aux troubles moteurs.

**Clinique Pratique en Acupuncture et Moxibustion III (Système Digestif) :** Applications de l'acupuncture et moxibustion aux troubles gastro-intestinaux.

**Clinique Pratique en Acupuncture et Moxibustion IV (Système Respiratoire et Cardiovasculaire) :** Applications de l'acupuncture et moxibustion aux troubles respiratoires et cardiovasculaires.



**Clinique Pratique en Acupuncture et Moxibustion V (Pratique Clinique) :** Application à divers cas cliniques.

**Clinique en Acupuncture et Moxibustion (Thérapies complémentaires) :** Électro-acupuncture, laser acupuncture, acupuncture auriculaire et autres.

#### *Quatrième année*

- Approche scientifique de l'entraînement sportif.
- Diététique des Athlètes.
- Réglementation Médicale.
- Pathologie Métabolique de la Nutrition.
- Médecine Neuro-Interne.
- Chirurgie Orthopédique.
- Pédiatrie.
- Test Clinique de Laboratoire.
- Psychiatrie.
- Médecine Gériatrique.
- Phytothérapie Médicale Japonaise et Chinoise.
- Pratique des consultations externes.
- Séminaire sur la Méthode Diagnostique en Médecine Orientale.
- Conférence Spéciale sur la Clinique.
- Pratique Hospitalière.
- Statistique Médicale.
- Médecine Sportive.
- Réhabilitation des Athlètes.
- Pratique du Conditionnement Sportif.
- Clinique d'Acupuncture et Moxibustion.
- Science en Acupuncture et Moxibustion.
- Méthode Spécifique en Acupuncture et Moxibustion (Ryodoraku, Anesthésie par Acupuncture, Acupuncture Auriculaire, Méthode Akabane).
- Méthode Classique d'Acupuncture et Moxibustion (Modèle, Traitement basé sur des modèles, *Zhen Jiu Zi Sheng Jing*, *Zhen Jiu Zi Jia Yi Jing*, Traitement selon les Méridiens).

**A & M : Dans cet enseignement, quelle place pour la médecine scientifique ?**

**SK-DT :** Maintenant en 4<sup>e</sup> année, les élèves ont des cours de médecine scientifique occidentale. Depuis cette année, on commence des cours du niveau de la maîtrise.



**Figure 3.** Enseignement pratique de l'analyse de la marche dans un laboratoire de bio-mécanique de la marche humaine.

1 : Recherche sur les mécanismes d'action de l'acupuncture et de la moxibustion en immunologie, neurologie, anatomie et biologie.

2 : Nouveaux traitements en acupuncture pour les patients présentant des dystonies cervicales et les désordres associés.

3 : Effets des traitements par acupuncture chez les patients sous hémodialyse ou souffrant d'arthrose du genou.

4 : Modifications psychologiques chez les patients recevant des traitements d'acupuncture-moxibustion.

**A & M : Les acupuncteurs formés exercent-ils en libéral ou dans des hôpitaux ?**

**SK-DT :** Pour la plupart, ils exercent en libéral, cependant quelques uns travaillent dans les hôpitaux.

**A & M : Avez-vous un enseignement spécifique pour les médecins, pour les para-médicaux, pour les aveugles ?**

**SK-DT :** Les aveugles ne peuvent pas entrer à notre université. Ils reçoivent des enseignements dans d'autres écoles spécialisées pour aveugles. Chez nous, il n'y a pas d'enseignement pour former des médecins non plus, mais nous leur proposons des stages de courte durée pour ceux qui voudraient s'initier à l'acupuncture-moxibustion. Pour les para-médicaux, existe la faculté de kinésithérapie, comme nous l'avons expliqué plus haut.

**A & M :** Avec quels organismes japonais et étrangers avez-vous des relations privilégiées ?



**SK-DT :** Nous avons une coopération spéciale avec l'Université de Médecine Chinoise Traditionnelle de Shanghai. Nous entreprenons des recherches en collaboration avec cette université. Nous y envoyons quelques étudiants chaque année.

**A & M :** Sur quels sites peut-on suivre les activités du Kansai College of Acupuncture ?

**SK-DT :** Nos activités sont décrites sur notre site Internet, mais actuellement c'est seulement en japonais. La version anglaise est en préparation. L'adresse de la Kansai University of Health Sciences est <http://www.kansai.ac.jp/daigaku/#>.

**A & M :** Merci à vous deux pour ces informations et tous nos vœux de succès pour la Kansai University of Health Sciences.



**Setsuko Kame, Ph.D.,**  
Professeur en Psychologie,  
membre de la société Acupuncture  
& Moxibustion du Japon



**Daisuke Takeda, Ph.D.,**  
Maître de Conférences  
en Physiologie, membre  
de la société Acupuncture  
& Moxibustion du Japon

*Propos recueillis et traduits de l'anglais par Patrick Sautreuil, Professeur associé de la Kansai University of Health Sciences.*



## Reportage

# Art, preuves et défis en acupuncture : congrès ICMART 2007 à Barcelone

*Jean-Marc Stéphan et Patrick Triadou*

Du premier au 3 juin 2007, Barcelone a été le siège du congrès international ICMART de l'acupuncture. Le thème en était « art, preuves et défis ». Parler de l'art médical dans une perspective tout à fait traditionnelle, actualiser les données et preuves scientifiques et enfin aborder de nouveaux challenges en élaborant de nouvelles théories, tel était l'esprit de ce congrès organisé par l'équipe performante de la section d'acupuncture du Col·legi Oficial de Metges de Barcelona menée par sa Présidente le Dr Isabel Giralt (figure 1). A l'image de la ville, les traits dominants de ce congrès ont été le dynamisme de la discipline et à faire montre, au fil des thèmes et des communications, de la modernité de son questionnement médical vis-à-vis à la fois des critères scientifiques, de la connaissance médicale et des demandes sociales de soins. Science et tradition ne semblent plus être des catégories pertinentes pour comprendre l'évolution des interrogations et des pratiques, qui n'adopte plus comme références des cadres historiquement construits, mais recherche des réponses où problématisation et rationalité en contexte

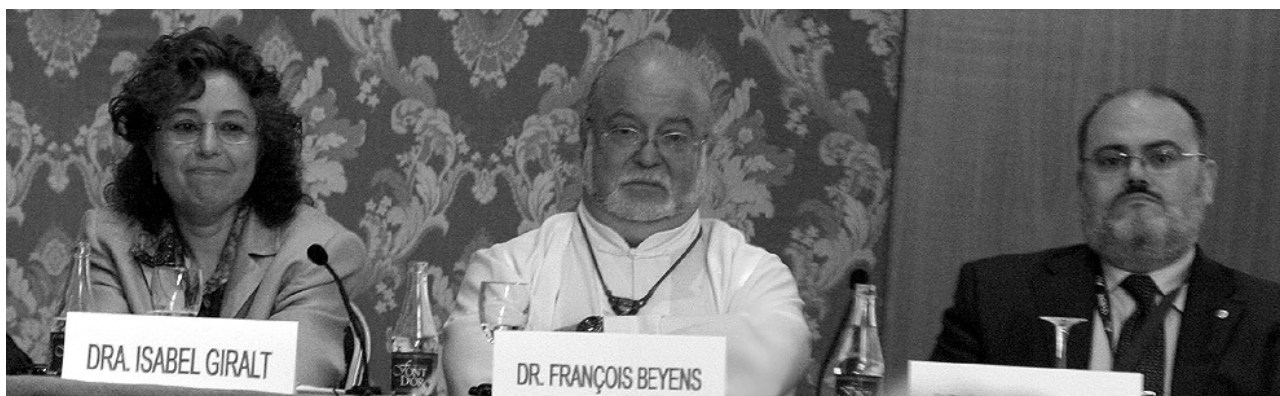
trouvent le chemin de l'efficace, autrement dit de la Voie, et en l'espèce de la voie de la santé.

## Art

Jean-Louis Vicq a montré l'importance de l'interrogatoire et son intérêt dans l'approche thérapeutique de la périarthrite scapulo-humérale. A partir de trois observations cliniques, il a démontré ainsi le rôle de l'âme viscérale (*po*) du Poumon dans cette pathologie courante (figure 2).



**Figure 2.** le Dr Jean-Louis Vicq expliquant son approche thérapeutique de la PSH.



**Figure 1.** La Présidente du Congrès, le Dr Isabel Giralt, le Secrétaire Général de l'ICMART, le Dr François Beyens et le Dr Rafael Cobos Romana, Président de la Sociedad de Acupuntura Médica de España.

Le Président de la Faformec, Christian Mouglalis (figure 3), nous a intéressés au diagnostic et à la thérapeutique de la fibromyalgie. Pas de distinction à faire entre le corps (*wuzang*), les émotions (*wuzhi*) et les instances psychiques (*benshen*). La fibromyalgie se traite par les cinq organes-fonctions : Rein, Foie, Cœur, Rate et Poumon. Une proposition thérapeutique de base est donnée avec une séance par mois pendant un an : les quatre barrières : 3F (*taichong*) et 4GI (*hegu*), 5R (*shuiquan*), 23V (*shenshu*), 39VB (*xuanzhong*), 20VB (*fengchi*), 6C (*yinxì*) et les points nœuds des niveaux *yin* : *shaoyin* avec 23VC (*lianquan*), *jueyin* avec 18VC (*yutang*) et enfin *taiyin* avec le 12VC (*zhongwan*). Ce sujet passionnant et toujours d'actualité avait fait l'objet de nombreuses communications au 6<sup>ème</sup> Congrès de la Faformec à Clermont-Ferrand en novembre 2002.



Figure 3. Le Dr Christian Mouglalis en pleine conférence.

Pere Marco Aznar (figure 4) a décrypté les critères de différenciation du diagnostic lingual dans la pathologie rhumatologique. Trois critères à prendre en compte. Le 1<sup>er</sup> critère : l'aspect de la langue qui représente l'état énergétique général du malade. Le deuxième critère, la couleur du corps de la langue qui exprime un état énergétique « instantané ». Enfin, le dernier critère, l'enduit lingual qui permet d'actualiser le processus pathologique et qui permet de déterminer le type de l'agression externe. Aznar applique ce diagnostic dans le cadre des maladies rhumatologiques des syndromes *bi*. Le *bi* se manifeste par une déficience de Sang et d'Energie, déficience de *yang* ou déficience de *yin*.

La langue sera pâle s'il y a une déficience de Sang et d'Energie ou de *yang*. En cas de déficience de *yin* la langue sera rouge sans enduit lingual, soit humide, soit sèche, soit brillante, soit avec des points blancs. L'examen de la langue permet d'orienter le traitement dans la stratégie diagnostique et thérapeutique de l'appareil locomoteur. La conférence d'Aznar ponctuée par une riche iconographie nous a rappelé que l'usage des pratiques diagnostiques relativement simples était de plus en plus abandonné par la médecine occidentale moderne alors qu'un simple examen de langue garde toute sa valeur dans l'art d'apprécier l'état d'un malade. Intérêt peut-être de relire des articles sur le sujet [1,2]. (Pere Marco Aznar. *Tongue diagnosis (traditional approach) Particularities. Lecturer for the Masters in Acupuncture at Fundació Bosch i Gimpera - Universitat de Barcelona*).

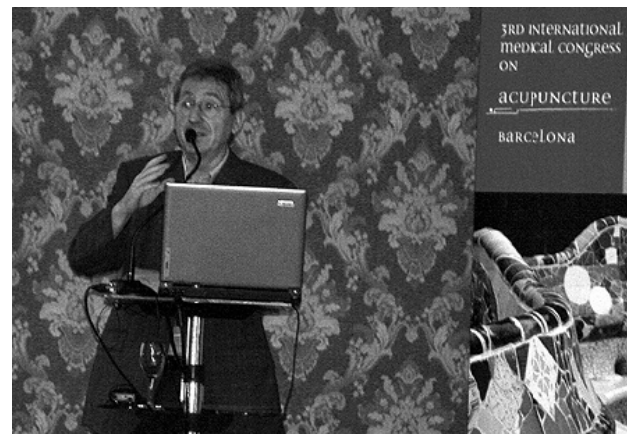


Figure 4. Le Dr Pere Marco Aznar.

## Preuves

De nombreux essais cliniques randomisés (ECR) ont été exposés lors de ce congrès. En voici quelques uns. La brésilienne Maria Fernanda G. Martins de l'Université de Sao Paulo (figure 4) a montré l'efficacité de l'acupuncture chez des malades présentant une apnée obstructive du sommeil. Randomisés en quatre groupes, quarante patients âgés de 30 à 68 ans, présentant un index d'apnée -hypopnée (IAH) de 15 à 30 par heure (visualisé par polysomnographie), ont bénéficié d'acupuncture manuelle (n=10), d'électroacupuncture 2 Hz (n=10) et 10 Hz (n=10) au 6VC (*qihai*), 6RP (*sanyinjiao*), 6R (*zhaozhai*), 12



VC (*zhongwan*), 6MC (*neiguan*), 17VC (*shanzhong*), 7MC (*daling*), 20 VG (*baihui*), 4GI (*hegu*) et aucun traitement (groupe contrôle  $n=10$ ). Les auteurs ont démontré une amélioration significative de l'IAH dans tous les groupes traités par rapport au groupe contrôle ( $p=0,005$ ) avec une amélioration plus forte dans le groupe d'électroacupuncture à 2 Hz [3].



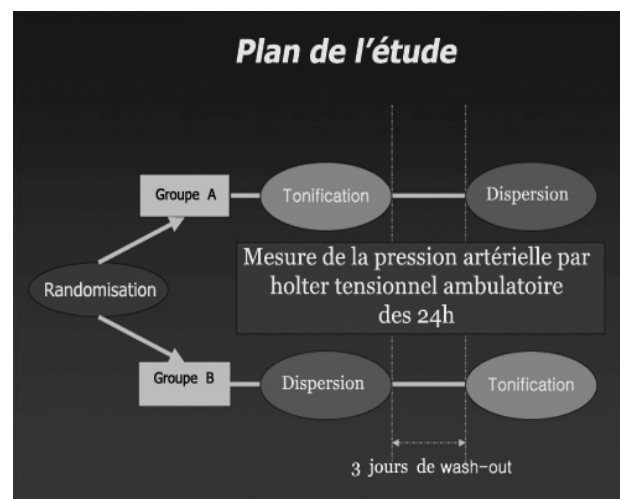
**Figure 4.** Le Dr Maria Fernanda G. Martins expliquant l'ECR réalisé par Freire AO, Sugai GCM, Martins MF et collaborateurs de l'Université Fédérale de Sao Paulo (UNIFESP).



**Figure 5.** Le Dr Jung Woo-Sang du Département de maladies cardiovasculaires et neurologiques de l'Université Kyung-Hee à Séoul (Corée du Sud).

Jung Woo-Sang (figure 5) a évalué l'effet de la tonification et de la dispersion par manipulation de l'aiguille au point *shenmen* (C7) et *neiguan* (MC6) sur la pression artérielle de sujets normotendus. Il s'agit d'un ECR de type étude croisée (cross-over), c'est-à-dire que chaque participant reçoit selon un ordre aléatoire le traitement étudié, puis le traitement témoin séparés par un intervalle libre de tout traitement (wash-out). Ainsi le groupe A ( $n=15$ ) bénéficia du traitement en tonification (aiguilles insérées dans le sens de la circulation du flux du méridien, avec 9 rotations horaires et aiguilles retirées après 30 mn). Le groupe B ( $n=15$ ) bénéficia en premier du traitement en dispersion (aiguilles insérées dans le sens contraire de la circulation avec 6 rotations antihoraires). La pression sanguine fut mesurée toutes les 10mn pendant 2 heures. Ensuite après la période de 3 jours de wash-out, les patients sont croisées. La figure 6 illustre cette étude croisée. Bien qu'il n'y ait pas eu de différence statistiquement significative entre les deux groupes, les auteurs ont observé que la stimulation par dispersion avait tendance à diminuer davantage la pression artérielle par rapport à la stimulation en tonification. Cependant, du fait de l'échantillon de population trop faible, ceci doit être confirmé par une étude de plus grande puissance.

Seung-Deok Lee représentant de la Dongguk University School of Korean Medicine (figure 7) et son équipe ont cherché à savoir si l'efficacité de l'acupuncture dans la



**Figure 6.** Plan de l'étude de Jung Woo-Sang, Hong Jin-Woo, Seong-uk Park, Ki-ho Cho et Hyung-sup Bae.

gonarthrose dépendait de la technique acupuncturale. Cet ECR comprenait 2 groupes, un groupe standardisé (n=25 sans manipulation d'aiguilles, c'est-à-dire sans recherche du *deqi*) et un groupe individualisé (n=25 acupuncture avec manipulation d'aiguilles et recherche du *deqi*). Les deux groupes ont bénéficié d'un traitement identique deux fois par semaine (pendant 6 semaines, 20mn de séance) les auteurs ont montré qu'après un traitement local : *yanglingquan* (34VB), *yinlingquan* (9RP), *dubi* (ES35), *heding* (point hors méridien), *xiyan* (point hors méridien), points *Ashi*, associé à un traitement distal : 8F (*ququan*), 4F (*zhongfeng*), 8C (*shaofu*) et 2F (*xingjian*). Les résultats : à 18 semaines de suivi, il s'avère que le groupe individualisé avec recherche du *deqi* montre une amélioration statistiquement significative par rapport au groupe standard, objectivé sur l'échelle visuelle analogique (VAS).



Figure 7. Le Dr Seung-Deok Lee.

## Défis

Nombreux sont les défis que l'acupuncture doit relever : recherche des mécanismes d'action, recherche de la structure des points d'acupuncture, visualisation cérébrale de leurs effets par IRM fonctionnelle sans

oublier la visualisation des méridiens, ni l'établissement de nouvelles théories à rapprocher à la médecine intégrative. Les défis sont aussi des challenges purement cliniques visant à montrer l'efficacité de l'acupuncture, d'où le rôle très important des revues systématiques ou méta-analyses, des essais contrôlés randomisés (ECR), essais cliniques comparatifs (ECC). Actuellement, pour Mike Cummings, les défis majeurs sont : montrer l'efficacité de l'acupuncture dans les nausées et vomissements, les céphalées, les lombalgies, les gonalgies et trouver les mécanismes d'action neurophysiologiques. (*Mike Cummings. Summary and future challenges. British medical Acupuncture Society, Honorary Clinical Specialist. University of Hertfordshire UK.*)

Pierre Moal nous a parlé des amas métalliques de cristaux de magnétite ( $\text{Fe}_3\text{O}_4$ ), les fameux magnétosomes découverts aux niveaux des points d'acupuncture et qu'il avait déjà décrits au cours du congrès de la Faformec de Nantes [4]. Malheureusement toujours pas d'étude complémentaire comme nous le signalions déjà [5].

Diagnostic infrarouge en acupuncture : tel était le titre alléchant de la conférence de Walburg Maric-Oehler (figure 8) associée à Fritz-Albert Popp et Klaus-Peter Schlebusch, qui retraçait les travaux parus en 1995 [6]. Après stimulation d'un point d'acupuncture par moxibustion (longueurs d'onde comprises entre 3,4 et 5  $\mu\text{m}$ ), les auteurs ont visualisé, à l'aide d'une caméra infrarouge travaillant dans les mêmes longueurs d'onde, des structures apparentées aux méridiens d'acupuncture de la Médecine Traditionnelle Chinoise (figure 9). Ceci semble non seulement confirmer l'existence des méridiens, mais ouvrirait de nouvelles perspectives quant à la compréhension de la dynamique des transferts d'énergie au sein de l'organisme humain. En effet, les méridiens selon ces auteurs ne seraient pas fixés morphologiquement, mais en rapport avec une excitation électromagnétique qui serait un soliton optique. Un soliton est une onde solitaire qui se propage sans se déformer dans un milieu non-linéaire et habituellement dispersif. En règle générale, cette onde est suffisamment intense pour exciter cet effet non linéaire qui va compenser l'effet normal de dispersion

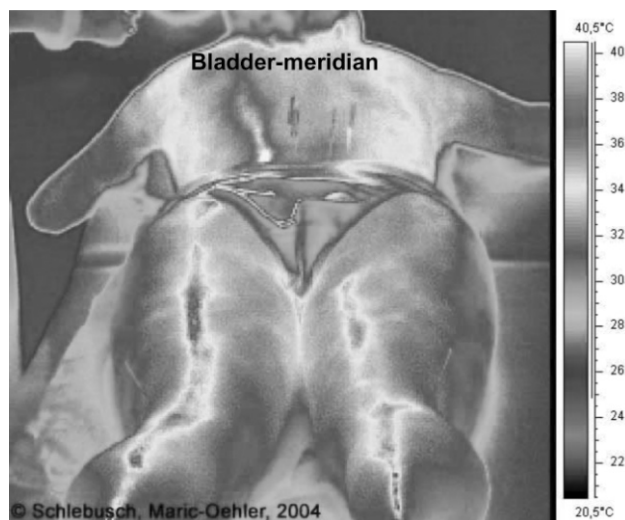




**Figure 8.** Le Dr Walburg Maric-Oehler

de l'énergie. Le meilleur exemple en est le tsunami. Cependant, certains auteurs comme Litscher pensent que ces images thermographiques des méridiens ne seraient qu'un artéfact dû à la réflexion de la radiation thermique de la moxibustion [7]. Bref, de nouvelles études sont nécessaires pour confirmer la théorie du soliton optique.

Depuis 1990, de nombreuses études ont contribué à comprendre les effets centraux de l'acupuncture : IRMf, PET, de façon à découvrir l'activation et désactivation des régions cérébrales. Im Quah-Smith a étudié 23 études et s'est intéressé aux limitations de ces études. En effet, il apparaît qu'elles sont réalisées chez des sujets sains, qu'il y a peu de points d'acupuncture, souvent d'ailleurs distaux etc.. Il propose d'inclure donc des cas cliniques, de faire des images avant et après l'intervention et de montrer les séquences des événements dans l'activation et la désactivation des événements entre les régions du cerveau, d'explorer les corrélations avec les principes de la MTC et enfin d'utiliser l'IRMf et le PET pour prévoir les effets de l'acupuncture sur chaque personne. Ainsi le principe *yin* correspondrait à une réduction de l'activité métabolique (froid, déficit) avec pour corollaire une activation et une réponse IRMf accrue (BOLD augmenté) alors que le *yang* correspondrait à un accroissement métabolique (chaleur, excès) engendrant une désactivation de la réponse IRMf. (Im Quah-



**Figure 9.** Visualisation par thermographie du méridien de Vessie.

Smith. *Recommendations for the Reporting of Neuroimaging Studies on Acupuncture*. Neuropsychiatric Institute, Prince of Wales Hospital Randwick NSW 2031 Australia, jigs@tpg.com.au)

Kathleen KS Hui (figure 10) postule que le système limbique joue un rôle majeur dans l'action acupunctureale et que cet effet serait corrélé avec la sensation du *deqi*. En cas de douleur nociceptive, on observe ainsi une activation du système limbique visualisée en IRM fonctionnelle (IRMf) alors que le *deqi* le désactiverait. Le point 4GI (*hegu*) produit le plus grand effet central en rapport avec une sensation de *deqi* d'autant plus forte. Hui démontre tout cela à partir de 5 études qu'elle rapporte au cours de sa magistrale conférence. Je n'en décrirai que deux. La première est parue dans la revue Human Brain Mapping en 2000 [8]. La puncture du 4GI (*hegu*) comparée à une simple stimulation tactile a été étudiée par IRM fonctionnelle chez 13 volontaires sains. Une stimulation tactile superficielle entraîne une élévation du signal surtout au niveau du cortex somatosensoriel secondaire (S2 : opercule pariétal), puis au niveau du cortex somatosensoriel primaire (S1), c'est-à-dire le gyrus postcentral, mais ne modifie pas le signal au niveau des structures sous-jacentes. Chez 11 sujets qui ont éprouvé la sensation du *deqi*, on note la même élévation du signal au niveau du cortex somatosensoriel, mais de surcroît, il se produit une nette diminution des signaux IRMf dans le noyau accumbens,



Figure 10. Le Dr Kathleen K.S. Hui.

l'amygdale, l'hippocampe, le gyrus parahippocampique, l'hypothalamus, l'aire tegmentale ventrale, le gyrus cingulaire antérieur (BA 24), le noyau caudé, le putamen, l'insula antérieure et le pôle temporal (figure 11). Par contre, chez les deux sujets qui ont ressenti une douleur au lieu de la sensation du *deqi* classique, on a observé une augmentation du signal au lieu d'une diminution dans le gyrus cingulaire antérieur (BA 24), le noyau caudé, le putamen, le thalamus antérieur et l'insula ainsi que bien sûr une augmentation attendue du signal du cortex somatosensoriel. Ces résultats suggèrent que la manipulation d'aiguille d'acupuncture par recherche du *deqi* module l'activité du système limbique et des structures sous-corticales. Par ailleurs, une puncture superficielle au niveau cutané n'entraîne pas de modification observable au niveau des structures cérébrales profondes. Hui en arrive à la conclusion que la sensation de *deqi* diminue la réponse de l'IRMf du système limbique alors que la douleur l'augmente et qu'une douleur associée à une recherche de *deqi* entraîne une réponse mixte à la fois d'augmentation et de diminution du signal.

Dans la seconde étude, Hui prend l'exemple du syndrome du canal carpien. Il s'agit d'une ECR (25 sujets : 13 personnes affectées d'un syndrome du canal carpien, et 12 personnes indemnes suivant le paradigme

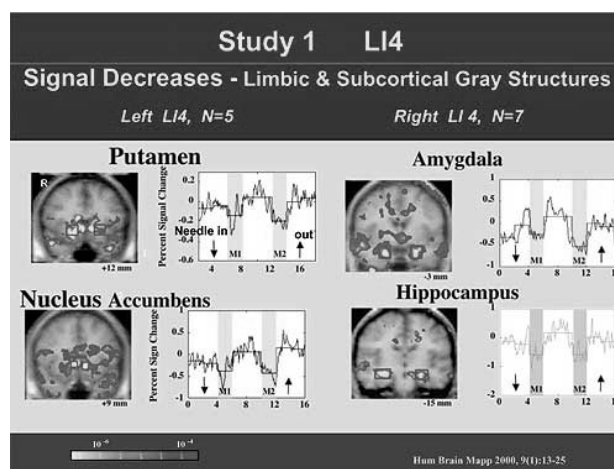


Figure 11. Diminution des signaux cérébraux après stimulation du 4GI avec recherche du *deqi* au niveau des structures limbiques et des substances grises sous-corticales (putamen, noyau accumbens, amygdale et hippocampe).

suivant : canal carpien / acupuncture véritable - canal carpien / acupuncture placebo - pas de canal carpien / acupuncture véritable - pas de canal carpien / acupuncture placebo). La stimulation avec recherche du *deqi* des points 7MC, 5TR, 3C, 3MC, 4IG, 5GI, 10GI, 5P associé au 4GI (*hegu*) entraîne une activation de l'hypothalamus et une désactivation de l'amygdale en IRMf par rapport aux sujets sains et par rapport à l'acupuncture placebo. Dans cette étude, l'acupuncture placebo ou sham consiste en une non-insertion de l'aiguille au 4GI remplacée par une stimulation tactile [9]. Ceci serait la preuve que les douleurs chroniques répondraient au traitement acupunctural à travers le réseau du système limbique incluant l'hypothalamus et l'amygdale.

Pourquoi n'y a-t-il pas de description du système nerveux central ou périphérique dans la physiologie de la Médecine Traditionnelle Chinoise ? A cette question, Dorsher répond qu'en fait les méridiens d'acupuncture sont la représentation du système nerveux. Sa théorie se base sur le développement embryologique et sur les dermatomes neurologiques. Ainsi, le méridien Gros Intestin correspondrait au dermatome C6 dorsal, avec une innervation radiale et une composante sensitive du nerf radial. De la même façon, le méridien de Rate correspondrait au dermatome L4 et au nerf fémoral

etc.. Sa théorie bien que séduisante ne correspond plus vraiment aux dernières données scientifiques. Si on se réfère par exemple aux travaux ci-dessus de Maric-Oehler et Popp, il semblerait que les méridiens ne soient pas des entités fixées morphologiquement. Par ailleurs, depuis les travaux de Langevin, on sait que le tissu conjonctif est une des bases du mécanisme d'action de l'acupuncture [10], mais en serait aussi le substratum anatomique [11]. (*Peter Dorsher. Acupuncture Meridians Exist As Anatomic Structures. Mayo Clinic Jacksonville. Jacksonville, Florida*).

## Médecine intégrative

Une grande partie du congrès s'est intéressée à l'acupuncture et la médecine intégrative ou intégrée. Née en Chine dans les années 1970, la médecine dite intégrative a pour intérêt d'utiliser simultanément la médecine traditionnelle chinoise et la médecine occidentale. La médecine intégrative est une médecine qui tient compte de la personne entière (corps, esprit), incluant tous les aspects du style de vie. Elle s'attarde sur la relation thérapeutique et utilise aussi bien les thérapies conventionnelles que complémentaires. Surtout développée aux USA et au Canada, la médecine intégrative a fait l'objet dans ce congrès de nombreuses communications. Ainsi Angelika Volmer nous proposa un traitement associant Médecine Traditionnelle Chinoise (*qigong, taijiquan*) et conseils hygiéno-diététiques dans la prophylaxie du syndrome de Burnout. (*Angelika Volmer. Prophylaxis of the Burnout-Syndrom with Traditional Chinese Medicine. General Medicine, Naturopathy, TCM Lecturer of the German Medical Acupuncture Association*). Steven Aung aborda entre autres nombreuses communications, le rôle pivot de l'acupuncture dans la médecine intégrative de famille, mais aussi en pédiatrie. (*Steven K.H. Aung. The pivotal role of acupuncture in integrated family medicine. Pediatric medical acupuncture: an integrative perspective. Medical qigong for physicians and health care professionals. Associate Clinical Professor, Departments of Medicine and Family Medicine, University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada*).

Acupuncture et médecine intégrative : ce titre d'une des séances plénières annonçant l'émergence d'un nouveau

paradigme, pour reprendre le cadre épistémologique défini par Thomas Kuhn, pourrait servir de manière emblématique à la bande annonce de ce congrès. La question sous-jacente était bien sûr : pourquoi continuer de penser Est / Ouest quand le mur des catégories a chuté ? Dans ces conditions, l'objectif pour les professionnels de santé de tout poil, médecins en tête, devient de trouver la meilleure réponse possible aux maladies chroniques, au meilleur coût et ayant l'assentiment du malade devenu consomm-acteur de santé. Les principes de la science médicale et de la science économique étant distinctes, business, consommation et prise en charge socialisée font le nouveau lit où Techne et Dao sont invité aux tendres ébats donnant naissance aux nouveaux fondements de la médecine post moderne avec son paradigme, bien entendu, Janus qui doit avoir présenté tous les visages de l'efficacité et dont les images comme les représentations seront accessibles à tous les internautes du village – monde.

Les chiffres sont têtus : 100 000 patients décèdent chaque année dans la patrie américaine du médicament de leurs effets secondaires. La médecine scientifique forte de sa victoire sur les maladies aiguës, piétine sur les terrains des maladies chroniques et des maladies de société, qui forment pourtant les gros bataillons des demandeurs de santé vieillissant aujourd'hui. La pluri-causalité de ces maladies émergentes et leur part comportementale ne sont sûrement pas étrangères à la faillite des modélisations plus simples qu'autorisait l'expérimentation sur les maladies aiguës.

Le concept de médecine intégrée est par certains aspects un concept linguistique invitant les médecins adeptes à savoir parler plusieurs langues que comprennent les maladies et aux impératifs desquels elles peuvent en fonction des contextes, se soumettre. Une langue est inconcevable sans représentations de la réalité qu'elle sous tend. Selon Gustav J. Dobos du département « for internal and integrative medicine » de l'University de Dulsburg – Essen (Allemagne), c'est à cette nouvelle espèce de thérapeutes - linguistes qu'appartiendraient les acupuncteurs et leurs patients.

L'enjeu est de taille, ne serait-ce que pour la définition des cadres tarifaires de prise en charge, voire pour les formations universitaires des futurs médecins et de la recherche, surtout si on admet que la médecine a connu trois grandes métamorphoses : sa reconnaissance en tant qu'art il y a deux mille ans, puis en tant que science il y a deux cents ans, avant d'être reconnue en tant que business, il y a tout juste vingt ans.

## **La femme est l'avenir de l'homme**

Cette affirmation, qu'aucun biologiste sérieux ne saurait contester, a été validée expérimentalement par un chiffre qui montre que 75% des clients des médecines complémentaires et alternatives sont en fait des clientes, qui, bien avant leurs partenaires dans la délicate opération de la continuité de l'espèce à suivre les données de la démographie européenne, ont eu l'intuition ou ont compris l'intérêt de la médecine intégrée pour être en santé, quoiqu'en disent les dogmatiques d'un scientisme passé de mode aux yeux du client roi ou reine. Après la femme, c'est donc l'homme qui doit se libérer d'un imaginaire d'un autre temps.

Irène Lund du département de physiologie et de pharmacologie du Karolinska Institute de Stockholm (Suède) a d'ailleurs répondu à la question de savoir si les femmes répondaient mieux à l'acupuncture que les hommes. L'existence de signes de plus grande sensibilité et de moindre tolérance à la douleur chez les femmes en font des candidates privilégiées pour souffrir de douleurs chroniques. Cette différenciation sexuelle du vécu de la douleur s'étend à la vastitude des zones douloureuses du corps que les hommes ignorent. Le contingent des femmes souffrant de fibromyalgies, des syndromes temporo-maxillaires, de migraines, d'arthrites rhumatoïdes, et de colons irritables est aussi supérieur à celui de l'autre sexe. Si la science est en panne pour rationaliser ces différences, des facteurs biologiques et psychosociaux ont été incriminés. Systèmes neuronaux, hormones gonadiques, mais aussi croyances dans les représentations sexuées dominantes ont été appelés à la rescousse

d'une rationalité invitée à quitter le terrain de l'universalisme pour gagner celui de la rationalité limitée ou contextuelle. Il semble que la capacité de réponse à l'acupuncture relève de la même différence sexuée innée et acquise.

Allant plus loin dans cette réflexion, Carme Valls-Liobet qui est spécialiste en médecine interne et en endocrinologie, directrice de Dones, Salut i Qualitat de Vida programme, revient sur l'idée d'une science qui loin d'être totalement objective, se présente comme une construction sociale subissant des influences politiques, économiques, idéologiques et sociétales de lobbies dominants. Les scientifiques eux-mêmes ne sont pas insensibles à leurs stéréotypes concernant le sexe. Bâtie à l'hôpital sur des affections avant tout mâles, infarctus du myocarde, ulcères de l'estomac, pneumonies, la connaissance médicale a été généralisée de façon abusive et biaisée aux femmes comme si l'androcentrisme était scientifiquement validé et non un simple postulat qui ignorait des différences que le biologiste même débutant pouvait observer. La morbidité féminine devrait être plus prise en compte non pas tant pour les affections anatomiques qui relèvent de l'évidence, mais pour les affections touchant les deux sexes et pour lesquelles les femmes sont plus prédisposées comme l'anémie, les douleurs chroniques, les maladies auto-immunes, les désordres endocriniens, l'anxiété et la dépression. Une des valeurs de l'acupuncture réside dans les connaissances sur lesquelles elles reposent et qui prennent en compte les différences énergétiques. La différence de répartition sang / énergie selon les sexes en est une illustration.

## **Conclusion**

Ce congrès ICMART à Barcelone fut un bon cru. L'équipe d'organisation espagnole a réussi à concilier toutes les tendances actuelles de l'acupuncture. Je vous invite d'ailleurs, si vous voulez en savoir plus sur ce grand moment, à aller naviguer sur le magnifique site du congrès ICMART 2007 de Barcelone à l'adresse suivante : <http://www.congresacupuntura2007.com>. Vous y trouverez toutes les interventions au



format PDF, intéressant du fait qu'il était impossible d'assister à tout. En effet, chaque congressiste pouvait choisir entre plusieurs conférences concomitantes. Notons enfin que les francophones ont été gâtés : une traduction simultanée en français, première depuis que les congrès ICMART existent, a permis aux non anglophones ou non hispaniques de comprendre toutes les communications. Mais je crains que ce cadeau de nos amis espagnols ne soit plus offert lors du prochain congrès ICMART qui aura lieu du 10 au 12 octobre 2008 à Budapest en Hongrie.



Dr Jean-Marc Stéphan  
✉ [jm.stephan@acupuncture-medicale.org](mailto:jm.stephan@acupuncture-medicale.org)

Secrétaire Général de l'ASMAF-EFA  
Co-directeur de la revue *Acupuncture & Moxibustion* Membre du Collège Français d'Acupuncture (CFA)  
Médecin acupuncteur attaché au CH de Denain

Attaché d'enseignement à la faculté de médecine de Lille (AUEC d'acupuncture obstétricale)



Dr Patrick Triadou  
✉ [patrick.triadou@nck.aphp.fr](mailto:patrick.triadou@nck.aphp.fr)

Vice-Président de l'ASMAF-EFA  
Membre du Collège Français d'Acupuncture (CFA)  
Maître de conférences - Praticien hospitalier  
Université Paris René Descartes  
UFR Médecine Paris 5  
Hôpital Necker Paris

## Références

1. Auteroche B, Dubois JC, Navailh P. L'examen de la langue en médecine chinoise. *Méridiens* 1982;57-58:27-58.
2. Kespi JM. L'examen de la langue. *Revue française d'acupuncture* 1976;5:7-12.
3. Freire AO, Sugai GC, Chrispin FS, Togeiro SM, Yamamura Y, Mello LE, Tufik S. Treatment of moderate obstructive sleep apnea syndrome with acupuncture: a randomised, placebo-controlled pilot trial. *Sleep Med.* 2007 Jan;8(1):43-50.
4. Moal P. Recherche en microscopie électronique et à la microsonde d'une structure particulière du point d'acupuncture : le magnétosome. Applications thérapeutiques. Actes du V<sup>e</sup> Congrès de la FAFORMEC; 2001 30 nov.-1 déc ; Nantes. Available from: URL: <http://www.acupuncture-medic.com/Congres/Nantes/magnetosome.htm>
5. Stéphan JM. A la recherche du substratum anatomique du point d'acupuncture. *Acupuncture & Moxibustion.* 2006; 5(3):252-61.
6. Schlebusch KP, Maric-Oehler W, Popp FA. Biophotonics in the infrared spectral range reveal acupuncture meridian structure of the body. *J Altern Complement Med.* 2005 Feb;11(1):171-3.
7. Litscher G. Infrared thermography fails to visualize stimulation-induced meridian-like structures. *Biomed Eng Online.* 2005;4(1):38.
8. Hui KK, Liu J, Makris N, Gollub RL, Chen AJ, Moore CI, et al. Acupuncture modulates the limbic system and subcortical gray structures of the human brain: evidence from fMRI studies in normal subjects. *Hum Brain Mapp.* 2000;9(1):13-25.
9. Napadow V, Kettner N, Liu J, Li M, Kwong KK, Vangel M, et al. Hypothalamus and amygdala response to acupuncture stimuli in Carpal Tunnel Syndrome. *Pain.* 2007 Aug;130(3):254-66.
10. Stéphan JM. Acupuncture, tissu conjonctif et mécanotransduction. *Acupuncture & Moxibustion.* 2006;5(4):362-7.
11. Langevin HM, Cornbrooks CJ, Taatjes DJ. Fibroblasts form a body-wide cellular network. *Histochemistry and Cell Biology.* 2004;122(1):7-15.





## Mise au point

# Les *jingbie* ou Méridiens Distincts

Jean-Marc Stéphan et Florence Phan-Choffrut

Note : les caractères chinois afférents aux mots sont en caractères traditionnels. Ceux entre crochets sont en caractères simplifiés. Tous les mots chinois sont en *pinyin* excepté pour les citations. Les points *shu* antiques sont aussi retranscrits en *pinyin*.

### OBJECTIF

Connaître à la lumière des traductions françaises des Textes classiques le trajet, la structure et l'utilisation thérapeutique des *jingbie*.

Les *jingbie* sont des Vaisseaux Secondaires comme les *jingjin*. Il s'agit de comprendre leur apparition dans la Médecine Traditionnelle Chinoise de manière épistémologique, de connaître leur trajet ainsi que la symptomatologie occasionnée par leur atteinte ; enfin de savoir les utiliser dans des pathologies courantes.

## A la source des Textes Classiques et problématiques

Les douze *jingbie*, 經別 [经别], encore dénommés méridiens distincts, se séparent des douze méridiens principaux au niveau d'une grosse articulation, deviennent intra-thoraciques ou intra-abdominaux (liaison avec la profondeur, entraille ou organe) puis émergent au cou, à la nuque ou à la face et relier exclusivement des méridiens *yang*. Ils assurent donc une liaison surface-intérieur (*biao/li*). Leurs trajets superficiels et profonds sont décrits par couple dans le *Lingshu* 11 (« Les méridiens et les vaisseaux secondaires ») et le *Zhenjiu jiaji jing* II-1 (« Les douze méridiens, les *luo* et les branches collatérales ») et dans l'ordre suivant : V/R, VB/F, E/RP, GI/P, IG/C, TR/MC [1,2]. Le *Suwen* 63 décrit leur symptomatologie et traitement dans les chapitres intitulés : « De la piqûre *miu* » (Husson) ou « La piqûre à l'opposé du côté affecté (la piqûre fausse) » (Chamfrault) ou « Les méridiens distincts » (Chamfrault et Nguyen Van Nghi) [3,4,6]. On pourra ainsi constater que quatre méridiens distincts ont des trajets superficiels très courts : les *jingbie* d'Intestin grêle, de Cœur, de Maître du Cœur et de Poumons. « Le méridien de Chéou Taé Inn (poumons) - Son vaisseau annexe part du point Iuann Ié 22VB et rentre dans les poumons à ce point. Des poumons, il s'intègre dans le méridien de Taé Yang, remonte à la clavicule, suit la gorge et se relie à Yang Ming » (*Lingshu*) [1]. De ce fait, on ne connaît pas de symptomatologie propre pour ces

quatre méridiens distincts à trajet essentiellement interne. Les symptômes sont ceux des méridiens principaux.

Par contre, les huit autres ont des manifestations pathologiques intermittentes, unilatérales à type de syndrome douloureux associé à des signes d'atteinte de l'organe ou de l'entraille correspondant. « Quand le *xie* est installé parmi les viscères, une douleur suit le trajet du vaisseau de celui qui est atteint. Si le mal est épisodique, on fait la piqûre *miu* (sur le point *jing*) au-dessus de l'angle du pied ou de la main correspondant au vaisseau du viscère malade ». (*Suwen* 63 : « De la piqûre *miu* ») [3].

Les *jingbie* peuvent faire l'objet de controverse. En effet, d'après Chamfrault et Nguyen Van Nghi, le terme « vaisseau secondaire » doit être traduit par « Méridien distinct ». Ainsi la citation précédente issue cette fois-ci du tome VI devient : « Si l'énergie perverse se loge dans un des cinq organes, la douleur peut suivre le trajet du méridien principal ou du vaisseau secondaire (méridien distinct). Il faut bien reconnaître le caractère intermittent de la maladie et savoir employer le procédé du traitement à l'opposé » [5].

Selon le *Zhenjiu jiaji jing* de Huangfu Mi, chapitre : « La piqûre *miu* » traduit par Milsky et Andrès [2], les vaisseaux secondaires représentent les vaisseaux *luo* (*luoma*). De même Husson les appelle les vaisseaux secondaires, « vaisseaux de liaison » ou « grandes liaisons » selon le cas [3]. Ainsi donc le traitement de la piqûre *miu* que Chamfrault et Nguyen Van Nghi

appliquaient pour les *jingbie* serait en fait un des traitements des vaisseaux *luo*. On peut alors se poser la question de savoir s'il n'y a pas incohérence dans la traduction des termes *luo* et *bie*.

Effectivement Auteroche et Navaill appellent les grosses ramifications « *bie luo* » alors que les petites ramifications sont nommées « *fu luo* » et « *sun luo* », tout en les différenciant des *jingbie* [6]. Le *Zhenjiu jiayi jing*, chapitre 1 du livre II, reprenant intégralement le chapitre 10 du *Lingshu* va décrire tous les vaisseaux *luo* et ceux-ci seront dénommés *luo bie* [2]. Ce chapitre décrit également le trajet des méridiens distincts et les appellent « *bie* ». Plusieurs notes mettront toutefois le lecteur en garde contre les confusions. « *Le luo (bie) de taiyin de main s'appelle lie-que...* » La note rappelle : « *Ici le luo est appelé bie, ce qui veut dire «se séparer» ou «trajet séparé». A ce sujet Lingshu zhuzheng fawei dit : «... on ne dit pas luo mais bie parce qu'au niveau de ce point [le luo] se sépare de son méridien propre pour aller au méridien voisin.* »

Ming Wong, dans sa traduction du chapitre 10 du *Lingshu* fera d'ailleurs l'amalgame en parlant de : Vaisseau secondaire *Luo* ou « méridien distinct » [7]. Dans le texte, il traduira d'autre part le terme « vaisseau secondaire » de Chamfrault par « embranchement distinct ». Dans le chapitre 11 du *Lingshu*, Ming Wong reprend le terme « méridien distinct », en parlant cette fois-ci des *jingbie* [5].

Giraud et Lafont, pour leur part, considèrent que l'utilisation thérapeutique de la piqûre à l'opposé concerne les affections d'origine externe localisées en *biao*, c'est-à-dire dans les « grandes liaisons », sans atteinte du méridien principal [8,9].

Il semble donc que les Vaisseaux Secondaires soient réellement des vaisseaux *luo*. De ce fait, le traitement des *jingbie* par la piqûre *miu* préconisée par Chamfrault et Nguyen Van Nghi est-il erroné ? Ne s'agit-il pas uniquement d'un traitement des vaisseaux *luo* ?

Oui et non, serait-on tenté de répondre. Ainsi Kespi prétend que les *jingbie* n'ont ni symptomatologie, ni traitement [10]. Cependant les méridiens distincts ne sont-ils pas couplés en *biao/li* ? N'assurent-ils pas une régularisation entre le méridien principal et la profon-

deur ? Or notons que les vaisseaux *luo* ont également des connexions viscérales (*luo* longitudinal), et des connexions avec le méridien couplé (*luo* transversal). Mais Michau précise que ces liaisons *biao-li* sont différentes car les « *méridiens distincts renforcent surtout les liaisons avec l'interne, les organes et les entrailles* » alors que les *luo* « *raffermissent l'union des méridiens qui se ramifient aux membres et au corps* » [11].

« *Les jingbie relient les organes et les textures du corps, au sens histologique, que n'atteignent pas les trajets des jingmai. Ils complètent l'action des jingluo, ils renforcent et harmonisent dans l'intervalle médian des méridiens ce système de liaison et de libre communication entre intérieur et extérieur...* » [12].

## Trajet et structures

Le rôle des *jingbie*, chargés également d'énergie *wei*, énergie de défense, est de permettre au même titre que les *jingjin* de lutter contre les énergies perverses [13]. Mais à la différence des *jingjin*, qui ont un trajet superficiel, les méridiens distincts pénètrent dans les entrailles ou les organes.

Comme les *jingjin*, les méridiens distincts commencent donc aux extrémités ou plutôt au niveau des grosses articulations (genou, hanche, épaule), circulent dans la profondeur, et se terminent tous à la tête, dans les méridiens *yang*. De là, existent des branches secondaires qui se croisent au sommet du crâne au point 20VG (*baihui*), encore appelé « Cent réunions ».

L'étude des trajets des *jingbie* permet de déduire les zones de jonction qui unissent un méridien distinct *yang* à un méridien distinct *yin*, mais aussi à un ou deux méridiens principaux *yang*. On aurait ainsi deux zones d'union, jonctions inférieures et supérieures [14] (tableau I) :

**Tableau I.** Zones d'union, jonctions inférieures et supérieures selon Mrejen [14].

<i>Jingbie</i>	Jonction inférieure	Jonction supérieure
Vessie - Rein	40V	10V
Vésicule Biliaire - Foie	2VC	1VB
Estomac - Rate Pancréas	30E	1E
Intestin grêle - Cœur	1C	1V
Triple Réchauffeur - Maître Cœur		16TR
Gros intestin - Poumon		18GI

Cependant, tous les auteurs ne sont pas d'accord. Selon Borsarello, les *jingbie* quittent leur méridien respectif au point *he* pour pénétrer dans le corps. Ainsi, le *jingbie* de Cœur s'enfoncerait au 3C pour ressortir au 3IG, le *jingbie* d'Estomac débiterait au 36E pour ressortir à la jonction supérieure du 1E, le *jingbie* de Foie s'enfoncerait au 8F pour ressortir au 1VB etc..[15]. Cobos et Vas considèrent que les *jingbie* se séparent du méridien principal dans une zone située généralement sur les membres et dénommée *li*. Ils précisent aussi que les textes antiques ne spécifient pas avec exactitude leur origine [16]. Enfin, il est intéressant de constater que tous les méridiens *yin* ou *yang* se terminent, selon Chamfrault, au niveau de la tête ou du cou, et que d'autre part, le 20VG est le point de passage obligé de la circulation des méridiens *yang* de droite vers les méridiens *yang* de gauche, et vice-versa [5].

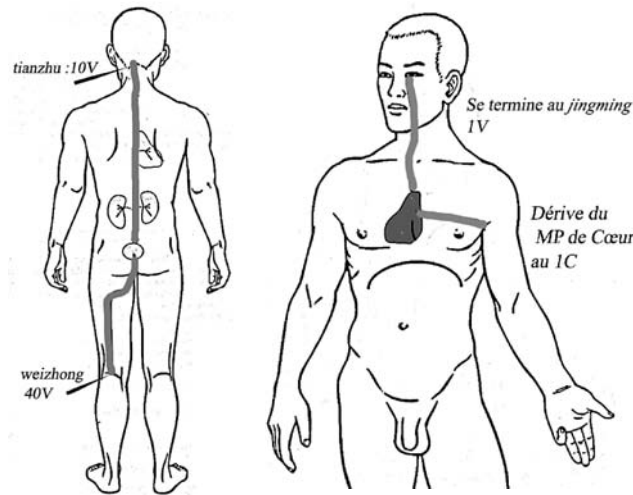


Figure 1. Trajet du *jingbie* de Vessie (*zutaiyang*).

Figure 2. Trajet du *jingbie* de Cœur (*shoushaoyin*).

Symptomatologie

La symptomatologie décrite dans le chapitre 63 du *Suwen*, décrivant la piqûre *miu* [3,5] a longtemps été attribuée aux *jingbie*. On la retrouve attribuée aussi aux vaisseaux *luo*, ce qui s'explique par leur même action physiologique (*Zhenjiu jiayi jing* V-3) (voir tableau II).

Proposition thérapeutique

La piqûre *miu* s'applique à ces maladies irrégulières (*jibing*) maladies douloureuses unilatérales, d'origine externe, et sans atteinte du méridien proprement dit.

Tableau II. Indications de la piqûre *miu* selon le *Suwen* 63 et le *Zhenjiu jiayi jing* V-3.

Méridien	Symptômes et traitement
Rein	Brusques douleurs au cœur, violentes tension avec constriction thoracique : 2R, <i>rangu</i> (piquer au sang), puis piquer à l'opposé si les signes persistent. Mal de gorge, dysphagie, colères sans raison : 1R, <i>yongquan</i> [*]. Si l'intérieur du gosier est enflé, empêchant d'avaler la salive : 2R, <i>rangu</i> [*].
Triple réchauffeur	Angine, langue rentrée, révulsée, sécheresse buccale, malaise au cœur, douleur face externe du bras empêchant de lever la main à la tête : 9MC, <i>zhongchong</i> + 1TR, <i>guanchong</i> [*].
Foie	Vives douleurs génitales et au bas-ventre : 1F, <i>dadun</i> [*].
Vessie	Douleurs à la nuque et aux épaules et au cou, spasmes musculaires au dos et aux côtés du corps : 67V, <i>zhiiyin</i> [*]. Si la cessation n'est pas immédiate, on puncture trois fois 63V, <i>jinmen</i> . Ankylose douloureuse du dos avec irradiations thoraciques : pression des points <i>ashi</i> paravertébraux à partir de la nuque.
Gros intestin	Dyspnée, constriction des flancs : 1GI, <i>shangyang</i> [*]. Surdité épisodique : 1GI, <i>shangyang</i> , sinon 9MC, <i>zhongchong</i> [*]. Odontalgie [*].
Estomac	Coryza, épistaxis, froid dans les dents supérieures : 45E, <i>lidui</i> +44E, <i>neiting</i> [*].
Vésicule biliaire	Douleur thoracique empêchant la respiration et provoquant la toux puis la transpiration : 44VB, <i>qiaoyin</i> [*]. Coxalgie permanente immobilisant la hanche : 30VB, <i>huantiao</i> .
Rate	Lombalgie irradiant au bas-ventre et sur les flancs, empêchant de respirer tête levée et de se pencher en arrière : 2VG, <i>yaoshu</i> [*].

Pour tous les méridiens ayant dans leur symptomatologie une douleur intermittente suivant le trajet du « vaisseau secondaire » ou du méridien.  
Traitement : point *jing* (*ting*) du côté opposé + point *ashi*.  
[\*] La maladie unilatérale est traitée à l'opposé.

Le blocage de l'énergie perverse peut se réaliser aussi au niveau des zones de jonction et du point « Cent réunions ». Et si le *xie* n'est pas chassé d'un méridien distinct, il passera automatiquement dans celui opposé. D'où la technique du traitement à l'opposé qui utilise les deux points *jing* (*ting*) ou *jing* distal du couple

gauche de *jingbie*, si l'atteinte est à droite. Piquer les points *jing (ting)* à l'opposé permet, d'une part, de rétablir l'équilibre des deux parties du corps droite et gauche par la circulation organes/entrailles ; d'autre part, d'attirer l'énergie *wei* dans le méridien distinct perturbé, afin de combattre le *xie* situé en profondeur. Exemple : 1R+67V gauche pour une sciatique droite anarchique, évoluant par intermittence avec signes viscéraux associés (génito-urinaires, céphalées). Il faudra rajouter les points *shu (iu)* à piquer de chaque côté.

En outre les points de tonification du méridien principal et de son méridien couplé seront piqués du côté atteint. En effet, le *jingbie* étant en excès, le méridien principal se retrouve en déficit énergétique. Piquer aussi les points de jonction.

Enfin, ne pas oublier de disperser l'énergie perverse superficielle aux points *ashi*. Le tableau III résume le traitement.

**Tableau III.** Tableau récapitulatif du traitement des *jingbie*.

#### Traitement d'une attaque de *xie* dans les *jingbie*

- 1) piquer les deux points *jing (ting)* du couple *yin-yang* du côté opposé au *jingbie* atteint.
- 2) piquer bilatéralement les points *shu (iu)* du couple des *jingbie yin* et *yang*.
- 3) piquer le point de tonification du *jingbie* atteint ainsi que celui du méridien couplé.
- 4) disperser les points « *ashi* » au niveau de la zone douloureuse.
- 5) piquer les points de jonction.
- 6) piquer le point « cent réunions » : 20VG (*baihui*)

### Application thérapeutique

Toutes les affections évoluant unilatéralement par intermittence avec des signes viscéraux associés :

- sciatique anarchique intermittente
- coxartrose
- céphalées et migraines
- zona thoraco-abdominal ou ophtalmique
- épicondylite
- névralgie cervico-brachiale
- hyperplasie prostatique [17] etc.



D<sup>r</sup> Jean-Marc Stéphan

✉ jm.stephan@acupuncture-medicale.org

Attaché d'enseignement à la faculté de médecine de Lille (AUEC d'acupuncture obstétricale)



D<sup>r</sup> Florence Phan-Choffrut

✉ f.phan-choffrut@acupuncture-medicale.org

Attachée d'enseignement à la faculté de médecine de Paris Bobigny (DIU d'acupuncture obstétricale)

### Références

1. *Huangdi neijing lingshu*. Traduction Nguyen VN, Tran VD, Recours-Nguyen C. Marseille: Nguyen Van Nghi; 1994.
2. Huangfu Mi. *Zhenjiu jiaji jing*. Traduction Milsky C, Andrès G. Paris: Trédaniel; 2004.
3. *Huangdi neijing suwen*. Traduction Husson A. Paris: éd. AS-MAF; 1973.
4. Chamfrault A. Traité de médecine chinoise, Les livres sacrés. Angoulême: Chamfrault; 1992.
5. Chamfrault A, Nguyen VN. Traité de médecine chinoise: L'énergétique humaine en médecine chinoise. tome 6. Angoulême: éd. Chamfrault; 1981.
6. Auteroche B, Navailh P. Le diagnostic en médecine chinoise. Paris: Maloine; 1983.
7. Ming Wong. *Lingshu*, base de l'acupuncture traditionnelle chinoise. Paris: Masson; 1987.
8. Giraud JP, Lafont JL. Principes de la piqûre à l'opposé. Méridiens. 1984;65-66:89-103.
9. Lafont JL. Pratique acupuncturale. Grands principes thérapeutiques. Paris: Encycl. Méd. Nat; 1989. IA-8a. p.1-11.
10. Kespi N, Kespi JM. Fondements de la physiologie traditionnelle chinoise. Paris: Encycl. Méd. Nat; 1989. IA-4a. p.1-9.
11. Michau A. Les *luo* longitudinaux en pratique quotidienne. Revue française d'acupuncture. 2007;130:16-31.
12. Oury C. Essai sur les *jingbie*. Revue française d'acupuncture. 1986;45:7-15.
13. Stéphan JM. Les *jingjin*, Méridiens Tendino-Musculaires ou Muscles des Méridiens. Acupuncture & Moxibustion. 2007;6(2):177-182.
14. Mrejen D. L'acupuncture en rhumatologie. Techniques traditionnelles, bases scientifiques. 2<sup>ème</sup> ed. Paris: Maloine; 1982.
15. Borsarello JF. Traité d'acupuncture. Paris: Masson; 2005.
16. Cobos R, Vas J. Manual de Acupuntura y Moxibustión (libro de Texto). Volumen 1. Beijing: ediciones Morning Glory Publishing; 2000.
17. Johnstone PA, Bloom TL, Niemtzow RC, Crain D, Riffenburgh RH, Amling CL. A prospective, randomized pilot trial of acupuncture of the kidney-bladder distinct meridian for lower urinary tract symptoms. J Urol. 2003 Mar;169(3):1037-9.





## FA.FOR.MEC infos

# Agenda des congrès et séminaires de formation médicale

### SEPTEMBRE 2007

#### 12 septembre : Chambéry

AMA74 : EPP acupuncture 2<sup>ème</sup> séance

#### 14-15 septembre : Nîmes

AFERA : Médecine et écologie. Fibromyalgie. EPP.

#### 29 septembre : Alby sur Chéran

I2F : La bouche, mouvement vers l'interne.

#### 29 septembre : Marseille

GERA : Ateliers de formation pratique à partir de publications scientifiques (obstétrique).

#### 29 septembre : Saint Herblain

FMC RDAO : Inspection visuelle de l'oreille.

#### 30 septembre 2007 : Bobigny

AFMCAPN : Neuropathie, neurologie.

### OCTOBRE 2007

#### 05-06 octobre : Paris

EEA : Le triple réchauffeur. Dynamique du *shaoyang* de main.

#### 06 octobre : Saint Etienne

AMAC-AMARRA : Gynécologie (séminaire d'automne).

#### 09 octobre : Chambéry

AMA74 : EPP acupuncture 3<sup>ème</sup> et dernière séance : validation EPP.

#### 12-13-14 octobre : Île de Ré

AFA : Les liquides organiques, *jinye* (congrès annuel).

#### 19-20 octobre : Nîmes

AFERA : Journée d'obstétrique. MC, Sang et émotions.

#### 21 octobre : Paris

EEA : La symbolique des nombres en chinois classique.

### NOVEMBRE 2007

#### 09-10 novembre : Paris

AFA : Les points (75<sup>ème</sup> séminaire).

## XI<sup>e</sup> congrès FAFORMEC PARIS

30 novembre  
et 1<sup>er</sup> décembre 2007

Les 7 orifices de la tête,  
Maladies ORL  
et ophtalmologiques  
en médecine chinoise

Organisation :

+33 1 40 70 15 16,

+33 1 46 22 99 80

ocna2007@wanadoo.fr

Inscription :

+33 1 48 46 68 08

phan-choffrut@wanadoo.fr

### DÉCEMBRE 2007

#### 14-15 décembre : Nîmes

AFERA : Les points de croisement. Les saveurs. Carnet de voyage.

### JANVIER 2008

#### 11-12 janvier : Paris

AFA : Les points (76<sup>ème</sup> séminaire).

#### 19 janvier : Marseille

GERA : Atelier lecture critique en rhumatologie.

### FEVRIER 2008

#### 01-02 février : Nantes

EEA-FMC-RDAO : Physiopathologie de la femme.

### MARS 2008

#### 01 mars : Alby/Chéran

I2f : Les souffles.

#### 14-15 mars : Paris

AFA : Les points (77<sup>ème</sup> séminaire).

#### 22 mars : Paris

ASMAF-EFA : Échanges George Soulié de Morant : Acupuncture, Auriculo-Acupuncture et NeuroSciences : des Laboratoires à nos Consultations Médicales.

### JUIN 2008

#### 06-07 juin : Paris

AFA : Les points (78<sup>ème</sup> séminaire).

### SEPTEMBRE 2008

#### 01 mars : Alby/Chéran

I2f : Les souffles (2).

### OCTOBRE 2008

#### 03-04-05 octobre : Belfort

AFA : Congrès annuel

### NOVEMBRE 2008

#### 06-07 novembre : Paris

AFA : Les points (79<sup>ème</sup> séminaire).

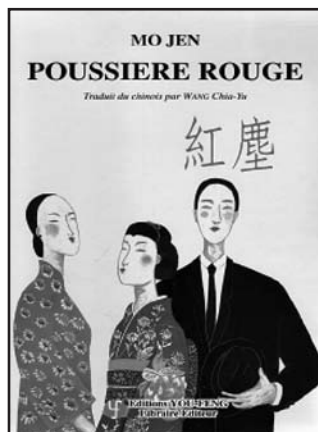


## Contacts

Coordonnées des associations à contacter directement :

	<p><b>AFA : Association Française d'Acupuncture</b>  7 rue Marius - 13100 Aix-en-Provence  ☎ 04 42 52 59 07 ✉ <a href="mailto:afa.secretariat@orange.fr">afa.secretariat@orange.fr</a> <a href="http://www.acupuncture-France.com">http://www.acupuncture-France.com</a></p>
	<p><b>AFERA : Association Française pour l'Etude et la Recherche en Acupuncture</b>  ☎ 04 66 76 11 13 ☎ 04 66 76 06 17 ✉ <a href="mailto:afera@wanadoo.fr">afera@wanadoo.fr</a> <a href="http://www.afera.org">http://www.afera.org</a></p>
	<p><b>AFMCAPN : Association Formation Médicale Continue en Acupuncture Paris Nord</b>  ☎ 06.62.07.58.42 ☎ <a href="mailto:dr.ercolano@laposte.net">dr.ercolano@laposte.net</a></p>
	<p><b>AMA74 : Association des Médecins Acupuncteurs de Haute-Savoie</b>  ☎ 04 50 37 82 10 ☎ <a href="mailto:gerard.berling@free.fr">gerard.berling@free.fr</a></p>
	<p><b>AMAC : Association Médicale d'Acupuncture du Centre</b>  D<sup>r</sup> Alain Schmidt ☎ 04 73 70 21 79 ☎ 04 73 70 24 60 ✉ <a href="mailto:schmidtalain@club-internet.fr">schmidtalain@club-internet.fr</a></p>
	<p><b>AMARRA : Association des Médecins Acupuncteurs de la région Rhône-Alpes</b>  D<sup>r</sup> Evelyne Berthet ☎ 04 78 42 54 50 ✉ <a href="mailto:evelyne.berthet@wanadoo.fr">evelyne.berthet@wanadoo.fr</a></p>
	<p><b>ASMAF-EFA : Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France - Ecole Française d'Acupuncture</b>  ☎ 01 42 73 37 26 ☎ 01 40 65 94 89 <a href="http://www.meridiens.org">http://www.meridiens.org</a> ✉ <a href="mailto:Jmstephff@aol.com">Jmstephff@aol.com</a></p>
	<p><b>EEA : Ecole Européenne d'Acupuncture</b>  ☎ 0 877 00 04 15 ✉ <a href="mailto:e.e.a.@chello.fr">e.e.a.@chello.fr</a> <a href="http://www.acupuncture-europe.org">http://www.acupuncture-europe.org</a></p>
	<p><b>FAFORMEC : Fédération des Acupuncteurs pour leur Formation Médicale Continue</b>  ☎ 02 40 48 26 31 ☎ 02 51 82 06 86 - <a href="http://www.acupuncture-medic.com">http://www.acupuncture-medic.com</a>  <b>Comité d'organisation de l'OCNA PARIS 2007 -</b>  Président : Denis Colin : ✉ <a href="mailto:drdcolin@wanadoo.fr">drdcolin@wanadoo.fr</a>  Secrétaire : Eric Kiener : ✉ <a href="mailto:ekiener@ifrance.com">ekiener@ifrance.com</a>  Trésorière : Florence Phan-Choffrut : ✉ <a href="mailto:phan-choffrut@wanadoo.fr">phan-choffrut@wanadoo.fr</a></p>
	<p><b>FMC-RDAO : Association de Formation Médicale Continue et de Recherche pour le Diplôme d'Acupuncture de l'Ouest</b>  D<sup>r</sup> Bernard Maire ☎ 02 40 80 62 07 ☎ 02 40 80 57 10 ✉ <a href="mailto:mair.bernard@wanadoo.fr">mair.bernard@wanadoo.fr</a></p>
	<p><b>GERA : Groupe d'Etude et de Recherche en Acupuncture</b>  192 chemin des Cèdres, 83130 La Garde  ☎ 04 96 17 00 30 ☎ 04 96 17 00 31  ✉ <a href="mailto:goret.olivier@wanadoo.fr">goret.olivier@wanadoo.fr</a></p>
	<p><b>I2F : Institut des 2 Fleuves</b>  D<sup>r</sup> Emmanuel Escalle - ☎ / ☎ 04 50 95 56 05 ✉ <a href="mailto:les2fleuves@chello.fr">les2fleuves@chello.fr</a></p>

## Livres reçus



### POUSSIÈRE ROUGE

Mo Jen (Moren)

Paris : You Feng, 2004

1622 p. ; 16 x 24.

2 tomes sous coffret. 50 €

ISBN 2-84279-146-0

C'est une saga. Ce n'est pas un livre d'acupuncture, ni de MTC, mais c'est un ouvrage passionnant qu'il faut lire à tout prix pour mieux connaître et comprendre la Chine d'aujourd'hui.

Comme les grands romans chinois, il narre de façon détaillée les événements vécus par les chinois aisés depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle jusqu'à nos jours. Tous les malheurs que la Chine a traversé en passant par les troubles causés par les Boxers, la première révolution, la guerre avec le Japon, le massacre de Nankin, les seigneurs de la guerre pour arriver à la prise de pouvoir des communistes en 1949. Les détails de la vie quotidienne, les problèmes de famille, les ennuis commerciaux, les voyages

à l'étranger, un mariage avec une japonaise, le vieillissement de la vieille Madame, tous ces incidents sont racontés avec clarté et nous font découvrir la vie d'une famille chinoise dans cette Chine qui traverse de terribles périodes. Nous participons aux émotions que vivent les protagonistes.

C'est un moyen facile et très agréable de vivre ou de revivre tous ces événements historiques rendus prenants par les personnages auxquels on s'attache facilement.

La traduction est de bonne qualité, bien qu'à certains détails, on se rende compte que le traducteur (Wang Chia-Yu) qui est chinois n'est pas parfaitement francophone. Mais le récit est rendu de façon très vivante et c'est ce qui importe.

L'auteur, dont c'est le premier roman à être traduit en français, est connu à Taïwan ; très cultivé, il émaille son récit de passages poétiques traduits de poèmes célèbres en Chine.

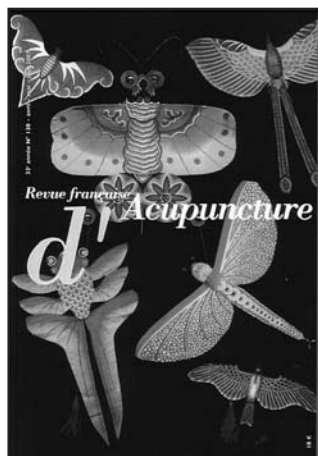
À lire sans faute, vous ne le regretterez pas !

Pierre Dinouart-Jatteau

✉ pierre.dinouart@gmail.com



*Mojen (Moren)*, de son vrai nom *Chang Wan-hsi (Zhang Wanxi)*, est né en 1920 à Jiujiang dans la province de Jiangxi, au sud de la Chine. Il vit (?) aujourd'hui à Taïpei (Taïwan). Écrivain fécond et poète reconnu, il a publié une cinquantaine d'ouvrages : romans, recueils de poèmes, nouvelles, ainsi que des essais sur la théorie littéraire chinoise. Lauréat de deux prix littéraires importants de Taïwan, *Moren* a également connu un grand succès en Chine continentale et son roman « Poussière Rouge » en particulier a suscité un intérêt général dans le milieu des écrivains chinois, comme le montre par exemple l'ouvrage consacré à son livre intitulé *Hongchen Lun (à propos de Poussière rouge)*. Ce roman est une œuvre romanesque des plus réputées, premier roman de *Moren* à être traduit en français.



## REVUE FRANÇAISE D'ACUPUNCTURE

33<sup>e</sup> année, n° 130,

avril-mai-juin 2007

Éditorial : Gérard Guillaume et Fred : Christian, tu nous manques déjà : « Voyageur dans l'âme [...] aujourd'hui, Christian, notre frère et ami, tu es parti vers ton ultime Grand voyage ; qu'il soit grandiose et que l'éternité te sourit... ».

Études :

Alain Huchet : Tian gan, Di zhi : « L'acupuncture est une discipline médicale [...] qui traite de l'homme mais aussi de ses relations avec son environnement et de cet environnement lui-même [...] Il n'est donc pas surprenant que les Chinois aient cherché à explorer le temps et ses influences sur l'Homme et sur le climat. ». Fort de ce constat, l'auteur propose, une méthode d'analyse du climat d'une année à partir de la théorie des *tian gan* et *di zhi* (troncs célestes et branches terrestres).

Annick Michau : Les *luo* longitudinaux en pratique quotidienne : « Les points *luo* sont donnés dans de nombreuses techniques de puncture. pour les méridiens *luo*, les textes indiquent trajets et symptomatologie. Mais quelle place pour les *luo* en pratique quotidienne ? [...] Retenons leur place dans le traitement des algies, dans les atteintes

concomitantes de deux méridiens, en cas de parésie ou paresthésie, dans certains blocages énergétiques (protection et troubles de la communication) ».

Jean Yves Le Rol : Autour des lombes, suite : « Déroulement des 18 propositions, les grands trajets normés : *taiyang*, *shaoyang*, *yangming*, *shaoyin* et *jueyin* ».

Traduction :

Constantin Milsky, Gilles Andrès : *Lingshu*, chapitre 5 : « Racines et nœuds ».

Vie des points :

Jean Marc Kespi : Quel est votre diagnostic ? : « Angoisse et troubles digestifs chez une femme enceinte de trois mois et présentant un hématome rétroplacentaire hémorragique traité par 16R, *huangshu* ».

Gilles Cury : Le point du jour, 16R, *huangshu* : « *Huangshu* est un point de *chongmai* qui a une fonction *huang* (profondeur, notion de maladie grave). Les symptômes sont ceux de la maladie *shan* (douleurs abdominales, hernies) ».

Actualités :

Revue des revues : Acupuncture in Medicine décembre 2006.

In memoriam : témoignages reçus en hommage à Christian Rempp « notre confère et ami qui a franchi le « miroir des ombres » ».

Dr Florence Phan-Choffrut

✉ phan-choffrut@wanadoo.fr



Figure extraite du *Zhen Jiu Da Cheng* édition de 1680 (3<sup>e</sup> édition)  
*tong shen cun fa* "le cun, unité de mesure individuelle"

# Acupuncture & Moxibustion

revue indexée dans la base de données Pascal (INIST-CNRS)

## ✠ Directeurs

Olivier Goret (La Garde)

✉ [olivier-goret@acupuncture-medicale.org](mailto:olivier-goret@acupuncture-medicale.org)

Jean-Marc Stéphan (Haveluy)

✉ [jm.stephan@acupuncture-medicale.org](mailto:jm.stephan@acupuncture-medicale.org)

## ✠ Rédacteurs en chef

Pierre Dinouart-Jatteau (Bordeaux)

✉ [pierre.dinouart@acupuncture-medicale.org](mailto:pierre.dinouart@acupuncture-medicale.org)

Bernard Memheld (Offenburg-Elgersweiler)

✉ [bernard.memheld@acupuncture-medicale.org](mailto:bernard.memheld@acupuncture-medicale.org)

Johan Nguyen (Marseille)

✉ [johan.nguyen@acupuncture-medicale.org](mailto:johan.nguyen@acupuncture-medicale.org)

Claude Pernice (Aix-en-Provence)

✉ [claud.pernice@acupuncture-medicale.org](mailto:claud.pernice@acupuncture-medicale.org)

Florence Phan-Choffrut (Pantin)

✉ [f.phan-choffrut@acupuncture-medicale.org](mailto:f.phan-choffrut@acupuncture-medicale.org)

Patrick Sautreuil (Le Vésinet)

✉ [patrick.sautreuil@acupuncture-medicale.org](mailto:patrick.sautreuil@acupuncture-medicale.org)

## ✠ Comité éditorial

Robert Hawawini (Chantilly)

Eric Kiener (Paris)

Nguyen Trong Khanh (Toulouse)

Marc Piquemal (Asunción-Paraguay)

Yves Rouxville (Lorient)

## ✠ Comité de rédaction

David Alimi (Alfortville)

Philippe Castéra (Bordeaux)

Denis Colin (Paris)

Jean-Marc Eyssalet (Paris)

Bruno Esposito (Ferrare - Italie)

Setsuko Kame (Japon)

Jean-Louis Lafont (Nîmes)

Christian Mouglalis (Nantes)

Elisabeth Rochat de la Vallée (Paris)

Laurence Romano (Nîmes)

Henning Strom (Arcachon)

Patrick Triadou (Paris)

Henri Truong Tan Trung (St-Orens)

*Les opinions exprimées dans la revue n'engagent que leurs auteurs.*

## MÉRIDIENS

revue française de  
**médecine**  
**traditionnelle chinoise**  
le mensuel du médecin acupuncteur

### Acupuncture & Moxibustion

27, Bd d'Athènes,

F-13001 Marseille

☎ 04.96.17.00.31

[www.acupuncture-moxibustion.org](http://www.acupuncture-moxibustion.org)

ISSN 1633-3454

SIRET 451 817 910 00024

N° commission paritaire : 0312 G 86266

Imprimerie : Media Atelier Méditerranée,  
36, rue Falque - 13006 Marseille  
Conception Graphique :  
Olivier Martin - Tél. : 04 91 46 97 80

Dépôt légal : Juillet 2007.

La revue Méridiens est issue du Bulletin de la Société d'Acupuncture créé en 1950 par les Docteurs Khoubessierian et Malapert, et la Revue d'Acupuncture, organe de l'Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France.

Le Docteur Didier Fourmont, fondateur de la Revue Méridiens en 1968, en a été le Directeur de la Publication jusqu'en 1997, date à laquelle lui a succédé le Docteur Jean-Claude Du-bois. Le dernier numéro paru avant la fusion est le numéro 115 (dernier semestre 2000).

Le Mensuel du Médecin Acupuncteur a été créé en 1973 par Nguyen Van Nghi, avec comme premier rédacteur en chef Albert Gourion. En 1982 le Mensuel du médecin acupuncteur est devenu la revue Française de Médecine Traditionnelle Chinoise. Le dernier numéro paru avant la fusion est le numéro 188 (dernier trimestre 2000).

### Abonnements

France et étranger

Prix du numéro

25 €

Tarif individuel

70 €

Institution

100 €

Tarif réduit <sup>(1) (2) (3) (4)</sup>

50 €

(1) Membres des associations partenaires (AFERA, ASMAF-EFA, FMCRDAO, GERA, GLEM, INVN, SAA, SMP) : abonnement facultatif collecté par les associations.

(2) Etudiant du DIU d'acupuncture (joindre justificatif).

(3) Sage-femmes (joindre justificatif).

(4) Médecins retraités (joindre justificatif).