



Acupuncture & Moxibustion

MÉRIDIENS

Fondateur
Didier Fourmont

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

Fondateur
Nguyen Van Nghi

Juillet-Août-Septembre 2006
Volume 5. Numéro 3

ISSN : 1633-3454



PÉRIMÉNOPAUSE - MÉNOPAUSE

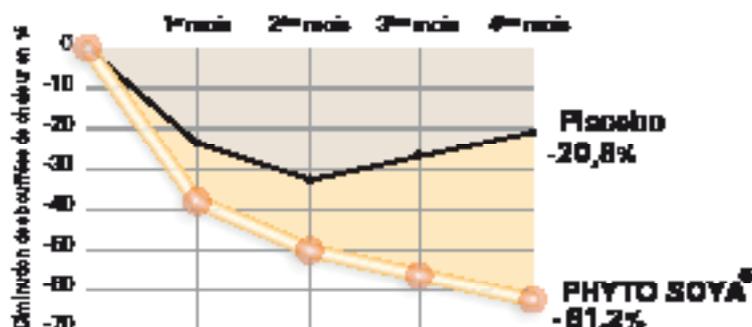
PHYTO SOYA®



Photographe : Laurence Marnier

LA GAMME LEADER™ ET SPÉCIALISTE DE LA MÉNOPAUSE®

Une efficacité sur les bouffées de chaleur prouvée et publiée*



(*) *ÉTUDE CLINIQUE RÉALISÉE AVEC PHYTO SOYA, À 2 GÉLULES MATIN ET SOIR ET PUBLIÉE DANS LA REVUE INTERNATIONALE : MÉNOPAUSE 2002, VOLUME, N°6 : 329-334.



Pour nous, vivre mieux,
c'est aussi naturel que ça !



SOMMAIRE

Chroniques éditoriales

Barbare, cuit ou cru ? *Patrick Sautreuil* 189

Anthropologie

“Idéogramme” ? Vous avez dit “idéogramme” ? *Pierre Dinouart-Jatteau* 190

La thérapeutique au poinçon de pierre est-elle à l’origine de l’acupuncture à aiguille métallique ?
Bai Xinghua 195

Sociologie

L’acupuncture en France aujourd’hui (V). Typologies des Patients. *Triadou P et al.* 202

Etudes traditionnelles

Geshu (17V) 膈輸, étymologie et indications *Alain Huchet* 213

Hémicrânie. *Jean-Pierre Giraud* 221

Etudes cliniques

Approche acupuncturale de la rectocolite hémorragique. *Bernard Membeld* 226

Electro-acupuncture dans le traitement des troubles de l’équilibre dus à un infarctus du cervelet
ou du tronc cérébral. *Zhao Hong, Liu Zhishun, Liu Xiaojuan* 229

Recherche

Utilisation de la fonction de transfert sur les Vaisseaux Conception et Gouverneur. *Marc Piquemal* 231

Lettres à la rédaction/Communications courtes

Parler chinois : est-ce nécessaire, est-ce suffisant ? *Bui Anh Tuan* 236

Parler chinois : peut-on conclure ? *Pierre Dinouart-Jatteau* 237

Un siècle d’enseignement de la Médecine en Chine. *Hor Ting* 238

Electroacupuncture, addiction à l’héroïne et endorphine. *Jean-Marc Stéphan* 239

De l’intérêt du sevrage des opiacés au Vietnam ? *Phillippe Castera* 242

Evaluation

Le traitement par api-acupuncture est supérieur au traitement médicamenteux conventionnel
dans la polyarthrite rhumatoïde. *Olivier Goret* 244

Le *Qigong* est équivalent à l’exercice physique conventionnel dans le traitement de l’hypertension
artérielle essentielle légère. *Florence Phan-Choffrut* 248

Acupuncture expérimentale

A la recherche du substratum anatomique du point d’acupuncture. *Jean-Marc Stéphan* 252

Agenda

262

Livres reçus

264

Reportage

Médecine des minorités du Guizhou. Place de l’Acupuncture. *Patrick Sautreuil, Pilar Margarit Bellver, Wu Hong* 265

Le miroir du *yin yang*

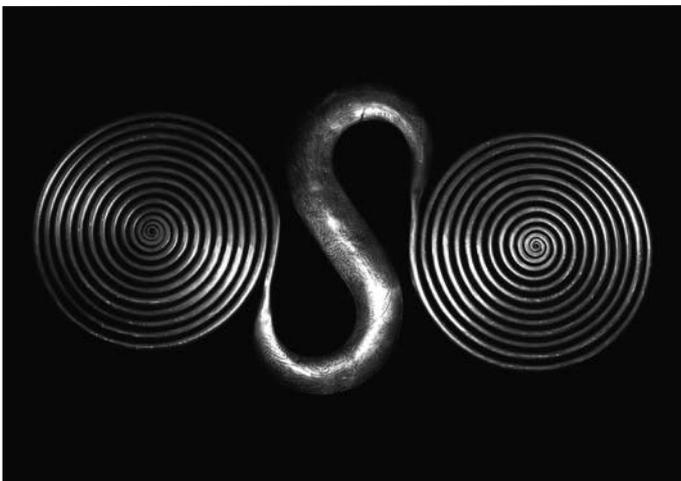


Photo : *Pilar Margarit Bellver*

Cette double spirale en argent est un bijou de l'ethnie *dong* (侗). Son nom est *yang yin jing* (阳 阴 镜), c'est à dire « miroir du Yin Yang ». Cette parure sert de contre-poids aux tabliers - brassières losangiques que portent les femmes de cette minorité du sud de la Chine. Les minorités chinoises ne sont cependant pas un miroir de la majorité *han* (汉). Les peuples de la périphérie de cet immense pays cultivent souvent leurs différences. Pour les Mandchous (满) qui n'étaient pas des *han* de la dynastie Qing (清, 1644-1911), les barbares crus étaient ceux qui résistaient à l'assimilation et les barbares cuits ceux qui l'acceptaient et s'intégraient. Par rapport à la médecine traditionnelle chinoise, phytothérapie et acupuncture, les médecins des minorités du sud-est du Guizhou sont-ils crus ou cuits? C'est le sujet d'un des articles de ce numéro d'Acupuncture & Moxibustion.

Patrick Sautreuil

Patrick Sautreuil

Barbare, cuit ou cru ?



Le Guizhou, au sud de l'immense Chine, offre au voyageur de superbes paysages de rizières en terrasses. Sculptées, arrachées, au cours des siècles aux flancs des montagnes pour assurer la subsistance d'ethnies minoritaires, elles sont toujours cultivées à la main. Les rizières inon-

dées couvertes de lentilles rouges ; le labour de ces bandes de terre, le buffle et le paysan avec de l'eau jusqu'aux genoux, suspendus entre vallée et montagne ; le repiquage du riz à la main, sont des images agricoles qui semblent échapper au temps. Ces populations conservent, encore à l'heure actuelle, leurs coutumes ancestrales malgré les bouleversements politiques et la modernisation. Voyager dans cette région est un privilège*.

On dit que durant la haute antiquité, les *miao* et les *han* ont été des peuples de forces équivalentes. Mais, chaque fois qu'un conflit eut lieu, les *miao* ont été dominés et repoussés vers le Sud, vers des régions de moins en moins hospitalières, montagneuses et morcelées, et même au-delà des frontières de l'empire (Vietnam, Birmanie). Cela a été le cas pour bien d'autres peuples, au Sud, à l'Ouest et au Nord. Ces « barbares » étaient « cuits » quand ils s'assimilaient (adoptant la langue et les coutumes *han*) ou « crus », quand ils résistaient à la domination *han* et luttaient pour conserver leur indépendance.

La volonté de puissance et de conquête n'était pas le fait que des *Han*. Les dynasties *Yuan* (1277-1367) et *Qing* (1644-1911) (respectivement Mongole et Mandchoue, maintenant deux des principales minorités), ont joué un rôle déterminant dans le contrôle des populations des marches de l'empire par le pouvoir central impérial.

Pendant la « Longue Marche », l'armée communiste, pourchassée par celle du Kuomintang, a reçu un certain soutien des minorités. Elle a traversé le Guizhou et c'est à Zhunyi (voir la figure 2 de « Médecine des minorités du Guizhou, Place de l'Acupuncture »), au nord de la province, en 1935, que Mao Ze Dong a été élu président du parti communiste. Son parti avait promis, avant d'accéder au pouvoir, un statut fédéral aux minorités. Après 1949,

reniant leurs engagements, les communistes ont installé un pouvoir centralisé. Les minorités bénéficient cependant de quelques privilèges. Par exemple, elles ne sont pas touchées par la loi limitant les couples chinois à un enfant.

Notre voyage, au printemps 2005, nous a conduit de Guiyang, capitale du Guizhou à Guilin, dans le Guangxi. Au cours de ce périple, à l'écart des routes empruntées par les touristes, nous avons voulu savoir qu'elle était la pratique de l'acupuncture aux trois niveaux inférieurs (chef-lieu de district, gros bourg et village « naturel ») d'un système à sept niveaux, le sommet étant occupé par Pékin et les grandes capitales provinciales (Shanghai, Nanjing, Chengdu, Wuhan, Chongqing).

Ce que nous découvrons au cours de notre périple sur la formation des « médecins » locaux nécessitait des explications sur les études médicales. Ces précisions nous sont apportées par Hor Ting dans l'article « Un siècle d'enseignement de la Médecine en Chine ». Si trois années correspondent au niveau paramédical, elles ne correspondent pas à une formation de « *yisheng* », de médecin. Et il est légitime de se demander quel est le niveau d'étude des « praticiens », formés en Chine ou en Europe, qui s'insinuent dans notre système sanitaire et pratiquent illégalement l'acupuncture en France.

Et nous, médecins européens, « Barbares », qui pratiquons l'acupuncture et assistons à sa mondialisation, sommes-nous cuits ou crus ? Avons-nous assimilé toutes les subtilités de la médecine traditionnelle et de l'Acupuncture de l'Empereur Huangdi ou de Bianque ? Pour un ami médecin, scientifique occidental, d'origine chinoise et résidant à Paris, la réponse est surtout : « Cuit ou cru, un Barbare reste un Barbare ! »

D^r Patrick Sautreuil

✉ patrick.sautreuil@acudoc2.org

* Pour réussir un tel séjour, il faut un voyageur efficace à Paris : Cap International, 25 rue Feydeau, Paris 75 002 ; Franck Yang et Paul Wang, Tél : 01 42 86 11 88 ; et le relais d'un excellent guide-traducteur francophone sur place, Wu Hong (« Pascal »), Tél. : 86 851-8649119 Fax : 86 851-8649229 ✉ wuhong67@sina.com.cn

Pierre Dinouart-Jatteau

“Idéogramme” ? Vous avez dit “idéogramme” ?

Résumé : Pour inciter les Médecins-Acupuncteurs à utiliser les termes exacts pour désigner les caractères chinois plutôt que le mot «idéogramme», l’auteur a voulu reprendre brièvement la classification de cette écriture unique au monde. Ce faisant, l’article, par ses illustrations, montre comment classer ces signes et l’aspect sacré lié à leur utilisation première à l’époque antique. **Mots-clés :** caractères - classificatif - *liushu* - *zuoce*.

Summary : In order to urge the Acupuncture-Doctors to use the accurate terms when mentioning the Chinese writing characters, instead of referring to “ideograms”, the author has chosen to briefly rewrite the classification of this very unique form of writing. As you read the article and study the illustrations, you will be able to classify the signs and discover the holy meaning that was at first connected to them those many centuries ago. **Keywords:** classic characters - radicals - *liushu* - *zuoce*.

Introduction

Depuis bon nombre d’années, je cherche à obtenir des Médecins-Acupuncteurs qu’ils utilisent les termes exacts pour parler des signes utilisés par les Chinois pour leur écriture. Le mot d’idéogramme est souvent utilisé sans avoir compris que ce terme désigne une catégorie bien particulière de signes. Même Wieger, qui est la source pour beaucoup d’auteurs quant à l’écriture chinoise, signale ce fait [1]. Kyril Ryjik dit : “*ne les appelez jamais « idéogrammes¹ », ce qui, parfaitement inadéquat pour toute la série d’origine pictographique, place l’invention continuée des caractères à un niveau de prétention qui induit, par la suite, toute une série de contresens (chez Leibniz par exemple), avec en retour une série de contre-contresens chez les esprits forts de l’“Arbitraire du Signifiant” à qui on ne fait pas le coup de Cratyle...*” [2].

L’écriture chinoise

L’écriture chinoise est une écriture de mots. Chaque mot est représenté par un signe et ces signes portent **tous** le nom de *zi* (字) c’est-à-dire de **caractères** ; mais les caractères forment **des familles de caractères** ; en fait, il y a **six familles** (*liushu* 六書) ou six catégories de caractères définies sous les *Han postérieurs* ou *orientaux* (25-220) grâce au travail de Xu Shen. Celui-ci ayant analysé les caractères, les regroupa dans ces six catégo-

ries et en codifia la technique pour en construire de nouveaux, en reportant graphiquement les néologismes, mais en conservant les particularités des caractères anciens. Ces **six familles** de caractères sont : les **pictogrammes**, les **indicateurs** ou **dactyloscopiques**, les **idéogrammes** (nous y voilà !), les **phonogrammes**, les **défléchis** et les **prêtés**.

En consultant le tableau 1 nous pouvons comprendre que parler d’idéogramme pour tout caractère chinois est une grave extension abusive de sens [3].

Il n’a pas été question de la manière dont les caractères complexes sont construits, mais la plupart d’entre vous sait qu’un certain nombre de caractères se compose d’une **clé** ou **classifique** et d’une autre partie appelée **phonétique**.

Tableau 1. Les six familles de caractères.

Pictogrammes, <i>xiangxing</i>	人, <i>ren</i> homme	中, <i>zhong</i> centre	山, <i>shan</i> montagne
Indicateurs ou Dactyloscopiques, <i>zhishi</i>	三, <i>san</i> trois	上, <i>shang</i> dessus, monter	下, <i>xia</i> dessous, descendre
Idéogrammes, <i>huiyi</i>	日, <i>ri</i> soleil	月, <i>yue</i> = lune	明, <i>ming</i> lumineux
Phonogrammes <i>shingsheng</i>	他, <i>ta</i> lui, il	她, <i>ta</i> elle	松, <i>song</i> pin
Défléchis, <i>zhuanzhu</i>	老, <i>lao</i> ancien	考, <i>kao</i> examen	网, <i>wang</i> capturer
Prêtés, <i>jiajie</i>	萬, <i>wan</i> 10 000	西, <i>xi</i> Ouest	來, <i>lai</i> venir

* : Le Cratyle (*Sur la justesse des noms*) ; dialogue platonicien. Cratyle soutient la thèse de la dénomination naturelle des mots.

Les **pictogrammes** sont nommés *xiangxing* (象形) ce qui veut dire : «**image de la forme, de l'apparence ou image schématique**», ils donnent de façon stylisée un dessin de l'objet ou de l'être censé être évoqué.

Les **indicateurs** ou **dactyloscopiques** dits *zhishi* (指事) «**indiquent une action ou un état**» ou «**symbole indicatif**» et traduisent en signes les idées abstraites. Ils peuvent être construits par ajout à un pictogramme d'un ou de plusieurs signes conventionnels.

Les **idéogrammes** sont appelés *huiyi* (會意 ou 会意) qui signifie «**réunion de sens**» ou mieux «**agrégat logique**» ; ce sont des caractères formés de la juxtaposition de deux ou plusieurs caractères plus simples et dont la signification résulte de la combinaison de ces divers éléments. Ici «soleil + lune = lumineux».

Les **phonogrammes** portent le nom de *xingsheng* (形声) = «**forme-son**» ou «**complexe phonique**» (sème+phonème) : composition d'un élément figuratif (la clé) et d'un élément phonétique. Dans le tableau «lui» et «elle» se différencient par la clé «homme» pour «lui» et par la clé «femme» pour «elle» ; pour le «pin» la clé «arbre» est associée à une phonétique, ici la n°60 dans le tableau de phonétiques du dictionnaire Ricci.

Les **défléchis** sont qualifiés par *zhuanzhu* (轉注) soit «**transfert de signification**» consistant à étendre le sens d'un caractère, ou à donner à un caractère le sens d'un autre caractère ayant un sens ou un son voisin. Ce sont donc des caractères qui ont entre eux des rapports étroits ; dans le tableau le caractère *kao* = examen, proviendrait de *lao* = vieux, ancien, car selon la logique confucéenne seuls les anciens peuvent être examinateurs. Ce caractère veut aussi dire : avancé en âge. Quant à *wang* il signifie capturer car il désigne initialement le filet.

Les **prêtés** sont appelés *jiajie* (假借) = «**faux emprunt**» ; emploi d'un caractère dans un sens qui n'est pas du tout le sien, par erreur ou par convention. Ce sont des casse-tête philologiques, car il s'agit d'un transfert de sens sur un caractère homophone. Ici le caractère *wan* = «dix mille» est étymologiquement le caractère «scorpion» selon Wieger 23H et Karlgren 1295 (W23H, K1295) [1,3], le caractère *xi* (西) = Ouest,

Occident qui représente un oiseau assis sur son nid, car les oiseaux regagnent leur nid au coucher du soleil qui est à l'Ouest ! (W41D et K776), enfin le caractère *lai* (來) = "venir" serait un emprunt de "céréale" (W13, K511).

L'écriture chinoise et l'Occident [4]

Contrairement à ce que nous pourrions penser, l'écriture chinoise n'a pas frappé les premiers occidentaux qui l'ont vue. Il est pourtant probable que les soies chinoises qui arrivaient à Rome étaient emballées et portaient des caractères inscrits sur ces emballages. Les Polo (Niccolo, Matteo et Marco) n'en ont fait aucune mention, or il sont venus à la fin du XIII^{ème} siècle. Avant eux, Guillaume de Rubruck, venu lui aussi au XIII^{ème}, mais au milieu du siècle, n'en parle qu'en trois lignes. C'est à partir de l'ouvrage du Père Joseph d'Acosta : *Histoire naturelle et morale des Indes, tant orientales qu'occidentales*, publié à Lisbonne en 1591, que la nature de l'écriture chinoise va donner lieu à intérêt et aussi à controverses.

Le fait que dans toutes les parties de l'Empire chinois et dans les pays limitrophes, on utilisait les mêmes caractères, alors qu'on ne parlait pas le même langage, laissa à penser que cette écriture faisait office d'outil de communication internationale. Les philosophes du XVII^{ème} siècle jugeaient que les caractères chinois «n'expriment pas les lettres ni les mots, mais les choses et les notions». À une époque où le latin perdait en Occident sa valeur de langue commune, Leibniz et ceux qui cherchaient une «langue universelle» et souhaitaient l'inventer, crurent voir dans l'écriture chinoise la preuve de la valeur de leur hypothèse selon laquelle une écriture pouvait exister et fonctionner sans aucune référence à l'expression orale. Pour leur excuse, ils ne connaissaient de cette écriture que ce que leur en écrivaient les jésuites «à la Chine», qui étudiaient des textes en langue classique très elliptique et très éloignée de la langue parlée.

On a donc nommé les caractères chinois «**idéogrammes**», parce qu'on ignorait qu'ils avaient un rapport phonique avec la langue parlée et qu'on pensait qu'ils représentaient directement des idées. Depuis que Champollion a montré que les textes hiéroglyphiques se rattachent à une langue véritable, les théories qui

tendaient à faire des écritures anciennes ou exotiques des systèmes indépendants de toute langue parlée n'ont plus cours. Concernant le chinois, déjà Jean Jacques Rousseau avait eu l'intuition d'un lien avec la langue parlée : «*La seconde manière (d'écrire) est de représenter les mots et les propositions par des caractères conventionnels, ce qui ne peut se faire que quand la langue est tout à fait formée et qu'un peuple entier est uni par des lois communes, car il y a ici double convention ; telle est l'écriture des Chinois, c'est là véritablement peindre les sons et parler aux yeux*» [6].

En 1836 Peter S. Du Ponceau fait paraître à Philadelphie «*A Dissertation on the nature and character of the Chinese system of writing*». Dans cet ouvrage il insiste sur le fait que la compréhension au moyen de l'écriture chinoise entre des peuples parlant des langues différentes, nécessite un apprentissage car, dit-il, il ne suffit pas de les regarder pour les comprendre. Il combat la valeur donnée au mot «**idéogramme**» en montrant que les caractères représentent la langue chinoise et pas un système d'idées.

Bien qu'encore employé par certains sinisants et par beaucoup d'acupuncteurs, le terme **d'idéogramme** tend à être remplacé par des termes indiquant mieux la nature du rapport langue-écriture. Leonard Bloomfield dans son livre *Language* [7] propose **word-writing** ou **logographic-writing** ; dans «*La grande invention de l'écriture et son évolution*» [8], Marcel Cohen utilise **écriture idéophonographique** et à la page 49 il écrit : «*Dans ce système, les caractères se trouvent être à la fois des signes-mots (idéogrammes) et des signes-syllabes ou syllabo-phonogrammes, car ils se lisent toujours d'une manière déterminée dans la langue chinoise*» [9]. Benvéniste, utilise une expression qui cadre bien, en ce qui concerne le type de segment à considérer, avec les analyses les plus récentes: **écriture morphématique** ; alors que Paul Kratochvil [10] suggère le terme anglais **morphemic**. Un morphème pouvant être défini comme le plus petit segment d'énoncé ayant un sens.

En conclusion, il faut se contenter de dire **caractère** pour désigner ce que les Chinois nomment **zi** (字) ou alors utiliser **mnémographe** comme Kyril Ryjik [11]

ou encore **sinogramme** comme Joël Bellassen [12]. Franchement il me semble que **caractère** reste le plus simple !

Les caractères

L'écriture chinoise est constituée par une suite d'éléments (les caractères) séparés les uns des autres par des espaces égaux. Jusqu'à une époque récente, que nous précisons plus loin, les caractères étaient rangés en colonnes verticales qu'on lisait en descendant de haut en bas et en commençant en haut et à droite de la page. Il existait aussi quelques inscriptions horizontales, souvent au-dessus des portes de temples par exemple, que l'on pouvait lire de droite à gauche. C'est le cas des enseignes des artisans et encore aujourd'hui des restaurants dits chinois. Ceci peut aussi se rencontrer dans quelques textes anciens.

La disposition des caractères comme en Occident, c'est-à-dire horizontalement et de gauche à droite est récente et ne se rencontre qu'en Chine Populaire. Le quotidien *Guangming ribao* 光明日报 (Clartés) a adopté cette disposition pour la première fois le 1^{er} janvier 1955. Seulement 30% des revues n'ont pas suivi tout de suite ce changement. C'est seulement un an plus tard que le *Renmin ribao* (Quotidien du Peuple) s'est rangé à la disposition horizontale, suivi par tous les autres journaux chinois. Cependant, à Hongkong la disposition ancienne (verticale) persiste de même qu'à Taiwan et dans les pays de la diaspora chinoise comme en France.

Depuis tous les ouvrages sont édités avec cette disposition horizontale.

En revanche, tout caractère, aussi compliqué soit-il, est censé occuper un espace égal c'est-à-dire un carré imaginaire de taille identique. Or, certains sont simples comme les **pictogrammes**, les **dactyloscopiques**, les **idéogrammes** comportant deux ou trois traits, d'autres sont plus compliqués avec beaucoup de traits, allant même jusqu'à 36 traits. C'est le cas de *jiu* 九 (le sort) (Ricci 1031) qui s'écrivait avec la tortue entre les deux éléments de sa **clé** ou **classifique** n°191 阝 (dou) et qui même simplifié, à l'heure actuelle, en comporte encore 10 阝, bien que sa clé soit devenu la porte qui ne comp-

te que pour 3 traits. Parmi les caractères simplifiés, il en existe encore de 24 traits tel *zhuang* 戇 (R1222) qui veut dire : "simplet, stupide, lent d'esprit, naïf".

Mais alors que sont ces **classifiques** ou **clés** (ou encore **radicaux**) ? Ce sont des caractères, plus ou moins simplifiés pour entrer en combinaison, qui ont servi surtout à classer les caractères dans les dictionnaires. Elles sont censées faire entrer le caractère dans une catégorie où d'autres auront des points communs. Comme par exemple, tous les objets en métal seront composés de la clé du métal (n°167) 金 ou 钅 et d'une autre partie qui sera appelé **phonétique**, car elle portera le son pour lire ce caractère ou du moins un son qui aura été celui de sa prononciation à une certaine époque. Sachant que toute langue vivante évolue, ceci explique cela. Si l'objet entre dans une catégorie classifiable sous le bois la clé n°75 木 de l'arbre sera un élément du caractère. Depuis le grand dictionnaire de l'Empereur Kangxi (*Kangxi zidian* 1716), on dénombrait 214 clés, mais aujourd'hui, du fait la simplification de l'écriture, la Chine Populaire en dénombre 227. Le système des clés est soit abandonné, soit établi parallèlement à une recherche du caractère par nombre de traits classés par ordre d'écriture de traits.

Nous avons vu, plus haut, que Cohen parlait de signesyllabe, car chaque caractère est représentatif d'un son ou **phonème** qui pourrait faire penser à une syllabe. Là encore l'idée que la langue chinoise est monosyllabique est fautive, du moins pour ce qui concerne la langue parlée ; or les ouvrages actuels sont rédigés en langue parlée. Il est vrai que dans le chinois classique qui était lu dans la tête sans avoir à être prononcé, chaque caractère est un mot. Mais sachant que le chinois actuel compte moins de 500 sons assortis de 4 tons en langue commune (actuellement officielle), il ne semble pas y avoir suffisamment de phonèmes pour que chaque caractère soit compréhensible. Il existe donc énormément de mot bi- ou trisyllabiques, ce qui revient à constater que l'équivalent de mots de notre vocabulaire sont rendus par deux ou trois caractères ; quelques fois plus pour des mots tels ceux en -isme par exemple.

Des couples de caractères

D'autre part, il semble inquiétant, pour qui connaît le chinois, de voir que dans les ensembles de 2 caractères

(ce qui est le cas pour la plupart des noms de Points) on donne tous les sens de chacun des caractères et que l'on tente d'assortir ces sens au petit bonheur la chance ou selon l'inspiration de l'auteur. En français les mots : «cul-de-lampe», «cul-de-sac», «cul-de-porc» ou «cul-de-jatte» ont un sens précis et ne se décomposent pas. La pensée chinoise ne précise pas formellement, mais chaque mot n'a de sens que par rapport à un autre et un sens différent selon le contexte, comme le montre bien François Jullien [16].

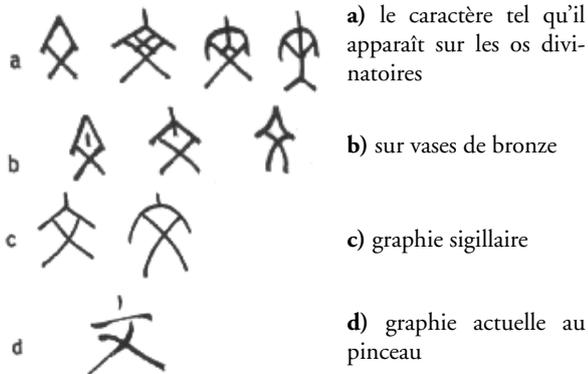
On peut aussi ajouter que dans la langue chinoise, il est certain que le déterminant précède toujours le déterminé (comme en anglais *my uncle's bicycle*) et que l'autre possibilité est qu'il soit unis par un «et» ou un «ou». Un Point comme le VG4 *guanyuan* ne peut signifier que «l'origine des barrières» ou «le *yuán* et les barrières» ou encore «le *yuán* des barrières». En revanche quand le couple de caractère désigne deux états extrêmes et opposés il s'agit le plus probablement de ce qui est inclus entre les deux. Quand j'utilise *yin yang*, je signifie tout ce qui est entre *yin* d'un côté et *yang* de l'autre. Il en sera de même entre pur et impur, dur et mou, ciel et terre. En réalité quand un Chinois dit *duoshao* nous traduisons par «combien» alors qu'il a dit «beaucoup-peu» ; de même pour *daxiao* où il dit «grand-petit» et qu'il faut traduire par «la taille» c'est-à-dire tout ce qui est compris entre grand et petit.

Sacrés, ... vous avez dit sacrés !

Plus haut, j'ai parlé et même insisté sur le terme de "caractère", je parlais de *zi* 字 (R5389) pour désigner un caractère. *Zi* est écrit avec un enfant sous un toit et si l'on consulte : Wiegner (W94P), Karlgren 233 (K1089), Wilder & Ingram, Ryjik [1,4,11,14], tous s'accordent pour dire la même chose. Par exemple, Ryjik dit : "*Habitation* (mian) et *enfant* (zi) : avoir des enfants dans sa maison, procréer. Sens englobé dans son emploi métaphorique : caractères d'écriture complexes enfantés (produit) par les procédés de composition (différent de 文, *wen*, graphie indécomposable)".

Il nous faut donc consulter *wen*, 文 (R5535) : Lignes ; dessin ; veines (*p. ex.* dans le bois ou la pierre).

En voici l'évolution de 文 au cours des âges [15] :



Et Jacques Gernet [17] ajoute : “*craquelures produites par le feu sur des carapaces préalablement sacrifiées, signes célestes, constellations... dont les interprètes furent ces scribes, devins, archivistes et astrologues au temps de la cour royale des Shang (XVI^{ème}-XI^{ème} siècle avant l'Ère Commune)*”.

Ces scribes-devins-astronomes appelés “*faiseurs de tablettes*” (*zuoce*) avait la connaissance de l'écriture et ils rédigeaient entre autres les tablettes rituelles de serments destinées à être enterrées avec la victime du sacrifice pour que les divinités souterraines en aient connaissance. Reproduit sur des vases de bronze cultuels, cela permettait aux esprits ancestraux attirés par les fumets et la fumée des offrandes d'en prendre connaissance. Toute opération politique ou diplomatique ou encore d'entente entre les parties faisait appel aux faiseurs de tablettes. Ces tablettes étaient souvent conservées dans la cour ou la grande salle où sont entreposées les tablettes des ancêtres.

Jusqu'au VII^{ème} siècle avant l'Ère Commune, l'écriture a dû rester l'apanage des scribes versés aussi dans les sciences divinatoires et qui par là même servaient d'assistants aux princes dans les cérémonies politiques et religieuses. L'écriture devait alors permettre dans ces actes religieux et magiques de communiquer avec le monde des esprits et des dieux. Redoutable puissance que devaient avoir ces spécialistes de l'écriture. Enfin vers le VIII^{ème} siècle avant l'Ère Commune ces scribes ont participé à l'élaboration des annales royales.

L'écriture va finir par devenir outil de communication de la pensée et de la conservation de son expression. Ces *zuoce* vont donner naissance au corps des mandarins, ce qui est une caractéristique de la civilisation chinoise. Ces mandarins seront avant tout des experts en écriture et en écritures.

Au contraire de l'écriture syllabique qui est calquée sur la parole, l'écriture chinoise, très faiblement liée à la phonétique, ne va pas changer au cours des siècles, d'où son invariabilité au fil du temps et malgré les multiples dialectes. En dépit de tout cela, le côté sacré de ces caractères demeurera, même à notre époque. Ici, **sacrés** est la fonction qu'on a essayé et réussi à leur coller, mais elle n'est pas inhérente à leur « structure ».

Ces sacrés caractères sont vraiment des **caractères sacrés**.



Dr Pierre Dinouart-Jatteau
7, place de Tourny - 33000 Bordeaux
☎ & 📠 05 56 44 50 40
✉ pdinouar@numericable.fr

Remerciements à Claude Pernice et à Patrick Sautreuil, qui par la lecture de ce texte, m'ont incité à quelques précisions qui en améliorent la compréhension ; du moins je l'espère !.

Références

1. Wiegner S. J. Caractères Chinois. 7^e édition, Taichung (Formose): Kuangchi Press;1963:10-11, 68.
2. Ryjik K. L'idiote chinois. Paris: Payot;1980:35.
3. Fazzioli E. Caractères chinois, du dessin à l'idée. Paris: Flammarion;1987:18.
4. Karlgren B. Analytic Dictionary of Chinese and Sino-Japanese. New York: Dover publications Inc.;1974.
5. Alleton V. L'écriture chinoise. Que sais-je N° 1374. Paris: P.U.F.;1970:5-10.
6. Rousseau J.-J. Essai sur l'origine des langues, chap. V.
7. Bloomfield L. Language. New York; 1933:285.
8. Cohen M. La grande invention de l'écriture et son évolution. Paris: Impr. Nationale: Klincksieck; 1958:49.
9. Benvéniste E. Problèmes de linguistique générale. Paris;1966:24.
10. Kratochvil P. The Chinese Language Today. Londres;1968.
11. Ryjik K. L'idiote chinois. Paris: Payot;1980.
12. Bellassen J. Méthode d'Initiation à la Langue et à l'Écriture chinoise. Paris: La compagnie;1990.
13. Demiéville P. Matériaux pour l'enseignement élémentaire du Chinois. pp. 1-21, Paris: Adrien-Maisonneuve;1953.
14. Wilder G. D. & Ingram J. H. Analysis of Chinese Characters. New York: Dover publications Inc.;1974;lesson 1, p.1.
15. Wang H.Y. Aux sources de l'écriture chinoise. Beijing (Chine): Sinolingua;1994.
16. Jullien F. Procès ou Création. Paris: Seuil;1989:177-188.
17. Gernet J. L'intelligence de la Chine. Paris: Gallimard;1994:347-379.

Bai Xinghua

L'acupuncture à l'aiguille métallique est-elle issue de la thérapeutique au poinçon de pierre^(a) ?

Résumé. Après analyse d'une récente découverte archéologique et d'un document vestige concernant l'acupuncture et la thérapeutique au poinçon de pierre, après comparaison de la MTC aux autres médecines anciennes, notamment la médecine grecque, et après réflexion adaptée, le poinçon de pierre apparaît comme un instrument médical de la forme d'un couteau principalement utilisé pour ouvrir et faire suppurer les furoncles ou pour procéder aux saignées, et présente donc une différence de nature intrinsèque avec l'acupuncture à aiguille métallique. L'invention de la thérapeutique par acupuncture et son application n'ont pas de lien direct avec la thérapeutique au poinçon de pierre ; la croyance selon laquelle «la thérapeutique au poinçon de pierre est à l'origine de l'acupuncture à aiguille métallique» est erronée. **Mots-clés :** thérapeutique acupuncturale - histoire - étude critique des textes.

Summary : After analysis of both existant documents and newly unearthed relics related to *Bian* stone therapy and acupuncture, comparison of traditional Chinese medicine with other ancient medicinal systems, especially ancient Greek medicine, and correct reasoning, it is considered that *Bian* stone is a knife-like medical instrument and is used primarily for discharge of pus or blood-letting in antiquity, the difference between *Bian* stone therapy and acupuncture is essential. The invention and application of acupuncture have no direct relation with *Bian* stone therapy. The view point, "acupuncture therapy with metal needles develops from *Bian* stone therapy" is wrong. **Keywords :** acupuncture therapy – history - textual research.

Presque tous les articles, les manuels, les monographies concernant l'acupuncture, pensent unanimement que, dans des temps très reculés, l'aiguille était faite d'une pierre aiguisée, qu'elle était l'instrument d'acupuncture et que ce n'est qu'après l'invention de la métallurgie et de la fabrication des outils en métal que l'aiguille métallique a remplacé le poinçon de pierre. Ce qui revient à dire que le poinçon de pierre est l'ancêtre de l'aiguille métallique, que l'acupuncture trouve son origine dans la thérapeutique au poinçon de pierre, et qu'entre les deux, il est seulement question de temps (avant ou après), de différence de matériau de constitution de l'outil thérapeutique, mais qu'il n'y a pas de différence de nature intrinsèque. Nous pensons que ce point de vue mérite d'être débattu.

Différenciation entre «pierre-aiguille» et «aiguille-pierre»

Dans la préhistoire, les outils de pierre, naturels ou façonnés, étaient tous des outils importants aux hommes qui vivaient des produits de la chasse. L'histoire de l'utilisation thérapeutique des instruments en pierre est avec certitude extrêmement longue ; dans les livres de médecine ancienne de Mawangdui^(b) il est fait mention

d'une méthode efficace de compresse de galet naturel chauffé en place de l'anus pour traiter les hémorroïdes [1]. Au fur et à mesure de l'évolution technologique continue de la taille des pierres par l'homme, le «poinçon de pierre» façonné de manière spécifique devint un instrument médical spécialisé. L'histoire de l'utilisation du poinçon de pierre en thérapeutique est aussi très longue ; elle remonte très certainement à l'époque du néolithique (8 000 – 3 500 av. J.C.) au plus tôt, mais son application est encore très répandue à l'époque du «*Neijing*» (104 – 32 av. J.C.) où parallèlement il existait l'acupuncture à l'aiguille métallique.

Quan Yuan Qi de l'époque de la dynastie Qi Liang (502 – 557 ap. J.C.) propose pour la première fois avec précision l'idée selon laquelle la thérapeutique au poinçon de pierre est à l'origine de l'acupuncture à aiguille métallique. Quan Yuan Qi est le premier commentateur du «*Suwen*». A propos de la fabrication et de la dimension des «poinçons de pierre», dans l'annotation du chapitre «Des précieux enseignements pour la sauvegarde du corps» du «*Suwen*», il dit : «Pour ce qui est des poinçons de pierre, ils concernent une méthode thérapeutique chirurgicale ancienne. Ils ont trois appellations : «pierre-aiguille», «poinçon de pierre» et «pierre-soc». Dans

les temps anciens, il n'y avait pas de fonte, alors on utilisait la pierre pour faire des aiguilles, d'où le nom de «pierre-aiguille». On parla alors des efforts mis sur le tranchant de l'aiguille, sur la fabrication des petites et des grandes formes pour correspondre aux maladies. Huang Di, lui, créa les neuf aiguilles pour remplacer les aiguilles «pierre-soc»^(c) [2].

Wang Bing va même jusqu'à penser que l'expression «poinçon de pierre» dont il est question dans le «*Nei-jing*» est une autre appellation des «Neuf aiguilles» ; il dit : «Autrefois, on utilisait les pierres comme aiguilles, c'est pourquoi les neuf types d'aiguilles n'étaient pas mentionnés, mais on parlait des poinçons de pierre» [2]. [Voir encadré les «Neuf aiguilles», ndt].

Quan Yuan Qi croyait que le «poinçon de pierre» était une «aiguille faite à partir de la pierre», qu'il appelait une «pierre-aiguille» ; de toute évidence, c'était confondre les deux concepts complètement différents que sont la «pierre-aiguille» et «l'aiguille-pierre». Dans la littérature ancienne, bien qu'il soit possible d'inverser l'ordre (des caractères) d'un mot en gardant le sens de ce mot, il est cependant des mots dont le sens, après inversion des caractères, est complètement différent et on se trouve alors en présence de deux mots distincts qui n'expriment pas la même chose. La «pierre-aiguille» et «l'aiguille-pierre» sont en fait deux mots de sens complètement différent : la première appellation est l'abréviation de «Neuf aiguilles et poinçon de pierre», la deuxième fait référence à l'aiguille fabriquée à partir de la pierre.

A l'époque du «*Neijing*», l'acupuncture à aiguille métallique était concomitante à la thérapeutique par «poinçon de pierre», c'est pourquoi on disait couramment «pierre-aiguille»^(d), mais cela évoquait toujours «l'aiguille-pierre»^(e).

D'autres documents datant d'avant la dynastie Qin^(f) font aussi mention de «l'aiguille-pierre». En réalité, si l'on se place du point de vue de la technologie, les possibilités de fabriquer un instrument médical en forme d'aiguille en aiguisant la pierre étaient très faibles.

Par ailleurs, selon les propos de Quan Yuan Qi, on aurait utilisé le «poinçon de pierre» pour la thérapeuti-

que seulement parce qu'à ce moment-là la métallurgie n'avait pas été inventée, ni la fabrication des outils de métal ; on était donc obligé d'utiliser la pierre pour en faire une aiguille. Et après l'invention de la métallurgie et la large utilisation des outils de métal, les aiguilles de soins métalliques seraient venues remplacer le poinçon de pierre, tout au moins les deux auraient coexisté. Et pourtant, tels ne sont pas les faits.

En Chine, dès 3 500 ans avant l'ère chrétienne, c'était déjà l'époque des objets en bronze (3 500 – 1 000 av. J.C.) ; à l'époque des Zhou Occidentaux (1 000 – 771 av. J.C.), c'était l'époque des objets en fer durant laquelle ont surgi une grande quantité d'objets quotidiens ainsi que des instruments liés à la production du fer ; au début de l'époque des Printemps et Automnes (770 – 476 av. J.C.), les aiguilles à coudre métalliques sont apparues. Dans les livres anciens de Mawangdui, on trouve beaucoup de références aux outils métalliques, comme les poinçons, les scalpels, les *fu* (*guo*)^(g) en fer à grande ouverture), etc., mais ces références n'ont aucun lien avec les instruments thérapeutiques en métal [1]. Il faut attendre le «*Huangdi Neijing*», composé entre la période des Royaumes Combattants^(h) et celle des Hans Occidentaux⁽ⁱ⁾, pour voir mentionnée avec précision l'utilisation d'aiguilles d'acupuncture métalliques pour traiter les pathologies.

Différence entre “puncture par aiguille de pierre” et “puncture par aiguille métallique”

Les études linguistiques apportent un autre point de vue important sur la place du poinçon de pierre dans l'origine de l'aiguille métallique. Dans le «Dictionnaire analytique des caractères» de Xu Zhen, il est dit : «*Percer*^(j) avec un poinçon de pierre, c'est prendre une pierre pour percer la maladie.» Le contenu précis de cette définition induit facilement le fait que l'on mette en relation «percer avec un poinçon de pierre» et puncture thérapeutique avec aiguille métallique.

Mais, si l'on consulte les explications de Xu Zhen lui-même à propos de «percer» et de «maladie», on se rend compte que ses interprétations sont complètement erronées. Ainsi, concernant le mot «percer», Xu dit : «*On dit «percer» lorsqu'un souverain tue un haut fonctionnaire. Percer, c'est blesser directement.*»

Or, pour tuer quelqu'un, il faut un couteau, c'est impossible avec une aiguille. Ceux qui assassinent avec une arme, tel un poignard sous le bras, on les appelle des « hôtes-qui-percent »^(k) ; dans la langue chinoise moderne, on emploie aussi le terme de « couteaux-qui-percent »^(l). C'est pourquoi, « percer » dans l'expression « prendre une pierre pour percer la maladie » peut être interprété comme percer avec un « couteau » et non pas seulement percer avec une « aiguille ». Par ailleurs, quand Xu parle de « maladie », de quoi s'agit-il ? Il dit : « *La maladie dépasse l'indisposition* ». Ce qui signifie que le terme « maladie » ne désigne pas les maladies, mais désigne les « maladies graves ». Concrètement, de quelles maladies s'agit-il ? A la lumière des livres anciens de Mawangdui et du « *Neijing* », il ressort que ce que Xu appelle « maladies » désigne les maladies suppurantes et infectieuses de la peau que sont les anthrax et les furoncles. Autrefois, les conditions d'hygiène de vie étaient extrêmement déplorables et ces pathologies étaient très courantes. Les livres anciens de Mawangdui et le « *Neijing* » consacrent aux furoncles et anthrax un chapitre spécial. Le traitement des furoncles et des anthrax est de deux natures : l'une concerne l'avant purulence, l'autre l'après purulence. Pour la première nature, on peut traiter le patient avec les charmes, la moxibustion, la consommation de préparations médicamenteuses, les compresses chaudes, etc. ; pour la deuxième nature, on peut seulement traiter le patient avec le poinçon de pierre, l'aiguille « *feng* » ou l'aiguille « *pi* » pour inciser le furoncle et évacuer le pus.

Parmi les livres anciens de Mawangdui, le livre « Méthodes des vaisseaux » précise clairement qu'en fonction de la profondeur et de la dimension de la tuméfaction purulente, il faut d'abord prendre un poinçon de pierre d'une taille appropriée, car si la dimension du poinçon de pierre et la profondeur que l'on perce ne correspondent à la tuméfaction à inciser, le résultat ultérieur peut être très mauvais.

« Pour ouvrir le vaisseau avec un poinçon de pierre (ce qui correspond à faire sortir le pus), il faut procéder comme suit : le furoncle est plein de pus, prendre alors un poinçon de pierre qui correspond à sa dimension et percer. Les

quatre dommages du poinçon de pierre sont les suivants. Le premier : le pus est en profondeur, le poinçon perce en superficie, c'est-à-dire qu'on n'obtient pas d'abondance (de pus) ; le deuxième : le pus est en superficie, le poinçon perce en profondeur, c'est-à-dire qu'on a trop percé ; le troisième : le pus est en grande quantité, le poinçon est petit, c'est-à-dire qu'on contient et garde le mauvais ; le quatrième : le pus est en petite quantité, le poinçon est grand, c'est-à-dire qu'on a trop répandu, jusqu'à la chair saine de la plaie »[1].

Ceci explique sans doute le sens de « dimension du poinçon de pierre » dont il est question dans l'annotation du chapitre « Des précieux enseignements pour la sauvegarde du corps » du « *Suwen* ». Les auteurs du « *Neijing* » connaissaient avec exactitude l'histoire et la voie d'utilisation du poinçon de pierre. Dans le chapitre « Des méthodes différentes convenant à chaque contrée » du « *Suwen* », il est dit que les contrées de l'Est sont le berceau de la méthode du poinçon de pierre utilisé pour traiter principalement les furoncles. Bien que dans la période du « *Neijing* » il y ait déjà des aiguilles « *pi* » de fabrication métallurgique que l'on utilisait pour traiter les furoncles et faire sortir le pus, cependant, le « poinçon de pierre » était toujours l'instrument habituel d'incision des furoncles pour l'écoulement du pus. Le chapitre « Planche de jade » du « *Lingshu* » dit : « Ce qui est déjà devenu pus, seules les aiguilles « *pi* » peuvent le couper et le soigner. »

Ce que l'on peut dire avec certitude c'est que, avant la dynastie Jin^(m), la méthode du perçage au poinçon de pierre apparaissait extrêmement clairement ; que ce soit dans les livres anciens de médecine ou dans les documents anciens de littérature, on trouve partout ces témoignages. Les commentaires de Guo Pu de la dynastie Jin sur le « Canon de la mer et de la montagne » et le « Canon de la montagne de l'Est » disent : « Il y a beaucoup de jade en haut de la montagne de la famille Gao, et beaucoup de pierres solides en bas de cette montagne dont on peut faire des aiguilles aiguisées (砭), pour traiter les furoncles » [Hao Yixing de la dynastie Qing⁽ⁿ⁾ dans ses « Commentaires éparés sur le Canon de la mer et de la montagne » note que « aiguiser » (砭) est une erreur de graphie du caractère « percer avec une aiguille de pierre »

(砭石). Cependant, selon les annotations de Quan Yuan Qi, plus tard jusqu'à la dynastie Qi Liang, le poinçon de pierre est complètement remplacé par un instrument métallique d'évacuation du pus, ceci peut expliquer pourquoi Quan croyait que l'origine de l'aiguille métallique se trouvait dans l'aiguille de pierre.

Toute la littérature traditionnelle et les récentes découvertes archéologiques montrent que le poinçon de pierre est un instrument médical ancien de la forme d'un couteau, que « *prendre la pierre pour percer la maladie* » c'est dire que l'on perce directement la maladie avec une pierre de la forme d'un couteau, pour percer le furoncle et laisser s'écouler le pus, enfin que c'est une sorte d'acte chirurgical simple et ancien. Selon le Code de Hammurabi, rédigé il y a 4 000 ans, les anciens Babyloniens qui vivaient sur « le territoire où coulent deux fleuves » utilisaient un couteau de bronze pour percer les furoncles et laisser s'écouler le pus [3]. Bien sûr, le poinçon de pierre en forme de couteau pouvait aussi être un instrument utile à « lâcher du sang » [1], cependant la différence intrinsèque entre la méthode acupuncturale à l'aiguille et la méthode de la saignée est manifeste et facile à voir. Après avoir planté et retiré l'aiguille de l'organisme, en dehors d'une blessure certaine reçue par l'organisme, il n'y a pas d'écoulement de liquide organique comme le sang ; le « *Neijing* » souligne souvent qu'après avoir retiré l'aiguille « le sang ne doit pas sortir ». La méthode qui consiste à « lâcher du sang » n'est pas la même : quel que soit l'instrument que l'on utilise, l'aiguille, le couteau ou les ventouses, tous doivent libérer une petite quantité de sang. Dans le système d'études médicales de la Grèce Antique, la méthode qui consiste à « lâcher du sang » est un procédé thérapeutique extrêmement important. Les Grecs pensaient que l'organisme contenait quatre humeurs : l'atrabile, la bile jaune, le sang et le phlegme, et que la maladie survenait quand une des humeurs était en excès ou en insuffisance : si l'humeur était en excès, il y avait plénitude si elle était en insuffisance, il y avait vide. C'est pourquoi Hippocrate résumait ses principes thérapeutiques ainsi : « *En réalité, un traitement consiste à réduire ou augmenter, réduire ce qui est en excès et aug-*

menter ce qui est en insuffisance » [4]. « Lâcher du sang » était bien sûr très utilisé pour éliminer l'humeur « en excès ». Cette méthode que les Grecs de l'Antiquité utilisaient se faisait de plusieurs manières : en dehors de l'art d'ouvrir les veines, il y avait la méthode d'absorption par les sangsues et celle des ventouses [5].

La spécificité des « neuf aiguilles » du « *Lingshu* »

Le « *Lingshu* », encore appelé les « Neufs rouleaux » ou le « Canon de l'acupuncture », est le livre ancien de médecine encore existant qui relate le plus tôt l'utilisation de l'aiguille métallique. Dans ce livre, il est écrit qu'il existe neuf sortes d'aiguilles d'où le nom des « Neuf aiguilles » [voir encadré « les Neuf aiguilles », ndt].

En fonction de leur forme et de leur emploi différents, on peut les classer en trois catégories. La catégorie des aiguilles en forme de bâton : aiguilles à tête ronde (*yuan*) et aiguilles émoussées (*ti*), non blessantes, utilisées pour masser et presser les points. La catégorie des aiguilles en forme de couteau : aiguille à tête de flèche (*chan*), aiguille à pointe prismatique (*feng*) et aiguille en forme d'épée (*pi*), utilisées pour dissiper la chaleur, faire des saignées et ouvrir les furoncles pour laisser s'écouler le pus. Une autre catégorie d'aiguilles en forme d'aiguille : « *yuanli* », « *hao* », « *chang* » et « *da* », utilisées pour traiter les syndromes d'engourdissements, les oedèmes, etc. . .

Les trois catégories d'instruments médicaux cités plus haut ont respectivement une forme de bâton, de couteau et d'aiguille. Alors, pourquoi le « *Lingshu* » les appelle-t-il communément « aiguilles » ? Les Neuf aiguilles sont aussi appelées « Petites aiguilles » et « Micro aiguilles ». Dans la « Planche de jade » du « *Lingshu* », les Neuf aiguilles sont comparées aux Cinq armes que sont le couteau, l'épée, la lance, la hallebarde et la flèche ; les Neuf aiguilles sont petites et les « Cinq armes » sont grandes. Les Cinq armes, le couteau, l'épée, etc. sont des objets faits pour tuer les hommes, « *les Cinq armes préparent la mort, ce ne sont pas des instruments qui cautionnent la vie* ». Les Neuf aiguilles peuvent traiter les maladies et venir au secours des hommes, mais si leur utilisation n'est pas adéquate, même si on utilise une aiguille fine comme une trompe de moustique, « *on peut tuer un homme* ». C'est pourquoi, les An-

ciens croyaient que pour traiter les maladies, on devait seulement utiliser les aiguilles et qu'il fallait éviter le couteau. « *Si l'on veut soigner le peuple, on utilise seulement les aiguilles* » ; on se sert des *pi* en forme d'épée pour ouvrir les tuméfactions et faire s'écouler le pus, parce que l'on n'a pas d'autres choix d'instruments pour soigner cette maladie. Voilà pourquoi on appelle les instruments complètement semblables aux scalpels, du point de vue de leur forme et de leur utilisation, des aiguilles en forme d'épée (*pi*), ce qui se comprend aisément.

Ces trois instruments médicaux qui ont une forme et une utilisation tout à fait différentes ont aussi des origines propres différentes. Les aiguilles en forme de bâton, aiguilles à tête ronde (*yuan*) et aiguilles émoussées (*ti*) sont une extension de la technique manuelle des massages. Les aiguilles en forme de couteau, à tête de flèche (*chan*), à pointe prismatique (*feng*) et en forme d'épée (*pi*), du point de vue de la forme et de l'utilisation, sont fondamentalement semblables au poinçon de pierre ; les aiguilles en forme de couteau et le poinçon de pierre ont une origine commune certaine. Mais, les aiguilles représentant des instruments en forme d'aiguille sont complètement différentes des deux premières méthodes de traitement (les aiguilles en forme de bâton et celles en forme de couteau), c'est la méthode acupuncturale au sens authentique.

Dans le chapitre « Des méthodes différentes convenant à chaque contrée » du « *Suwen* », il est noté que la « Micro aiguille » (soit l'aiguille fine) nous vient du Sud, qu'elle avait pour fonction principale de traiter les syndromes d'engourdissement caractérisés par des douleurs articulaires, tendineuses et musculaires. En conséquence, dire « *l'origine de l'aiguille se trouve dans l'aiguille de pierre* », c'est désigner les poinçons de pierre comme origine des aiguilles à tête de flèche (*chan*), des aiguilles à pointe prismatique (*feng*) et des aiguilles en forme d'épée (*pi*), ce qui est possible mais, il est impossible de dire grosso modo que les Neuf aiguilles ont pour origine les poinçons de pierre. Même si les aiguilles à tête de flèche (*chan*), les aiguilles à pointe prismatique (*feng*) et les aiguilles en forme d'épée (*pi*) ont une forme et un usage extrêmement semblables aux poinçons de pierre, et même si

l'on pense que ces aiguilles sont dans la continuité de la méthode thérapeutique des poinçons de pierre, on trouve beaucoup de différences dans le « *Lingshu* ». Selon le chapitre « Des Neuf aiguilles » du « *Lingshu* », les différentes utilisations des Neuf aiguilles s'appuient sur la différence de leur forme. Par exemple, les aiguilles à tête de flèche (*chan*) prennent pour modèle « l'aiguille à turban » (épingle à cheveux, sorte de décoration utilisée pour enrouler les cheveux en chignon) ; les aiguilles à tête ronde (*yuan*), les aiguilles à pointe prismatique (*feng*), les aiguilles longues (*chang*) prennent toutes pour modèle « l'aiguille à ouate » (l'aiguille à coudre) ; les aiguilles *ti* prennent pour modèle la « pointe du panicule du millet » ; les aiguilles *yuanli* prennent pour modèle le « Yak » (la queue de Yak) ; les aiguilles *pi* prennent pour modèle « l'épée » ; les aiguilles *hao* prennent pour modèle le « poil ». Cependant, aucune des aiguilles ne prend pour modèle le « poinçon de pierre » [6]. Si les spécialistes considèrent que l'origine des aiguilles *pi* qui ouvrent les tuméfactions pour laisser s'écouler le pus est le poinçon de pierre, pourquoi diraient-ils qu'elles prennent pour modèle « l'épée » et non pas le « poinçon de pierre » ou la « pierre-flèche » ?

Discussion

Les instruments utilisés dans la méthode thérapeutique du poinçon de pierre décrite par l'expression « *Prendre une pierre pour percer la maladie* » et ceux utilisés dans la méthode acupuncturale décrite par l'expression « *Prendre une aiguille pour percer la maladie* », du point de vue de leur forme, de la méthode thérapeutique et des principaux syndromes à traiter, sont complètement différents ; il ne peut absolument pas s'agir d'une question d'époque antérieure ou postérieure, ni même d'une simple substitution de matériau (pierre d'abord, métal ensuite). En dehors du poinçon de pierre, tous les chercheurs pensent qu'avant d'utiliser les aiguilles métalliques, les Anciens se servaient d'aiguilles d'os, de bambou et de terre cuite, ou même de piquants herbacés naturels [7].

En fait, le simple point de vue qui consiste à approfondir les origines de l'acupuncture à aiguille à partir du développement historique de l'aiguille, est totalement

erroné. L'invention d'un outil et son utilisation ultérieure peuvent être deux choses différentes. De même que l'invention du couteau et l'histoire de son utilisation ne constituent pas l'histoire de la chirurgie, l'invention de l'aiguille et l'histoire de son utilisation sont totalement séparés de l'histoire de l'acupuncture. En guise de preuve, l'aiguille qui a été inventée le plus tôt est celle qui servait à faire la couture (« Avec l'apparition des aiguilles, la couture a existé. » Fin de citation), mais elle n'avait pas d'utilisation médicale ; il y a de bonnes raisons de croire que l'histoire de cette dernière est beaucoup plus longue que l'histoire de l'autre. Même si, désormais, les textes anciens font remonter la découverte des poinçons de pierre aiguisée à 10 000

ans, on ne peut pas confirmer que ces poinçons étaient autrefois des instruments médicaux, à moins qu'il n'y ait des documents écrits dignes de foi. Le matériau qui constitue l'aiguille est sans importance, le point clé se trouve dans la nature de son utilisation. L'aiguille est un des instruments grandement fabriqués et largement utilisés dans la vie quotidienne ; dans le monde entier, on utilise toutes sortes d'aiguilles, leur histoire est extrêmement longue mais seuls les Chinois de l'Antiquité ont inventé une aiguille pour traiter les maladies. La singularité de la méthode acupuncture concerne sa naissance et son développement mais concerne aussi avec certitude son contexte culturel et historique particulier.

Bai Xinghua, Institut d'Acupuncture et Moxibustion de l'Université de MTC de Beijing, Beijing 100029, Chine.

Article original : [Does acupuncture therapy with metal needles develop from *Bian* stone therapy] ? Chinese Acupuncture and Moxibustion 2004;24(3):215-217.



Traduction :

Marie-Emmanuelle Gatineaud

✉ megatineaud@yahoo.fr

Notes de la traductrice

- Nous empruntons le terme qu'A. Husson utilise dans sa traduction du *Huangdi Neijing Suwen*, Numéro hors série de la Revue "Méridiens", 3^{ème} édition, 1987. Par ailleurs, nous avons respecté tout au long du texte la place des guillemets, sans en ajouter ni en soustraire.
- En 1973, on découvrit des documents importants dans la tombe n° 3 de Mawangdui (Province du Hunan) qui contenait la dépouille de la Duchesse de Dai, femme du Premier Ministre du Roi de Changsha inhumée entre 198 et 194 Av. J.C. La bibliothèque personnelle qui accompagnait dans le tombeau, à sa demande, la Duchesse de Dai comprenait deux versions du *Yijing* (le « Livre des Mutations »), un traité sur la morpho-psychologie des chevaux, un traité sur les nuages, un traité sur l'art de la chambre à coucher, un traité sur la gymnastique taoïste et divers ouvrages philosophiques.
- Nous verrons plus loin que ce type d'aiguille s'appelle « *chan* ».
- Nous gardons volontairement la concision du style du chinois classique dans cette traduction afin de laisser à comprendre les sources de confusions soulignées ici par l'auteur de l'article. Le sens de « pierre-aiguille » ici est « pierre **et** aiguille ».

- Idem note d. Le sens de « aiguille-pierre » ici est « aiguille **de** pierre ».
- Dynastie Qin : (255) 221 – 207 av. J.C.
- Le *guo* est communément traduit par « marmite ». En fait, il s'agit de ce que nous appelons le « wok ».
- Période des Royaumes Combattants : 403 av. J.C. – 222 av. J.C.
- Période des Hans Occidentaux : 206 av. J.C. – 8 ap. J.C.
- Percer en chinois signifie aussi piquer. Le caractère contient la clé du couteau.
- Nous gardons la traduction littérale pour rester au niveau linguistique du débat. Aujourd'hui, on appelle les « hôtes-qui-percent » des « assassins ».
- Idem note k. Aujourd'hui, on appelle les « couteaux-qui-percent » des « baïonnettes ».
- Dynastie des Jin : 317 – 420 ap. J.C.
- Dynastie des Qing : 1644 – 1911 ap. J.C.

Références

- Ma Jixing. [Etudes critiques des livres anciens de Ma Wang Dui]. (Ville de) Chang Sha : Editions des Sciences et Techniques du Hunan; 1992: 508, 477, 505, 638, 286 – 290, 283.
- Huang Di Nei Jing Su Wen*. Pékin: Editions Santé du Peuple, 1963: 161.
- Xie Deqiu. [Cinq mille ans de médecine : Histoire médicale des pays étrangers]. Pékin: Editions Energie Atomique, 1992: 17.
- Petersen WF. Hippocratic Wisdom. Illinois: Charles C Thomas; 1946: 16.
- Margotta R. The History of Medicine. New York: Smith-Mark Publishers; 1996: 66 – 67.
- Liu Heng, Ru Jiao. [Le Canon du Ling Shu]. Pékin: Editions Santé du Peuple; 1964: 255 – 258.
- Tang Hansong. [Les piquants herbacés peuvent être à l'origine des aiguilles]. Revue clinique d'Acupuncture et Moxibustion 1997;13 (3):plat inférieur.

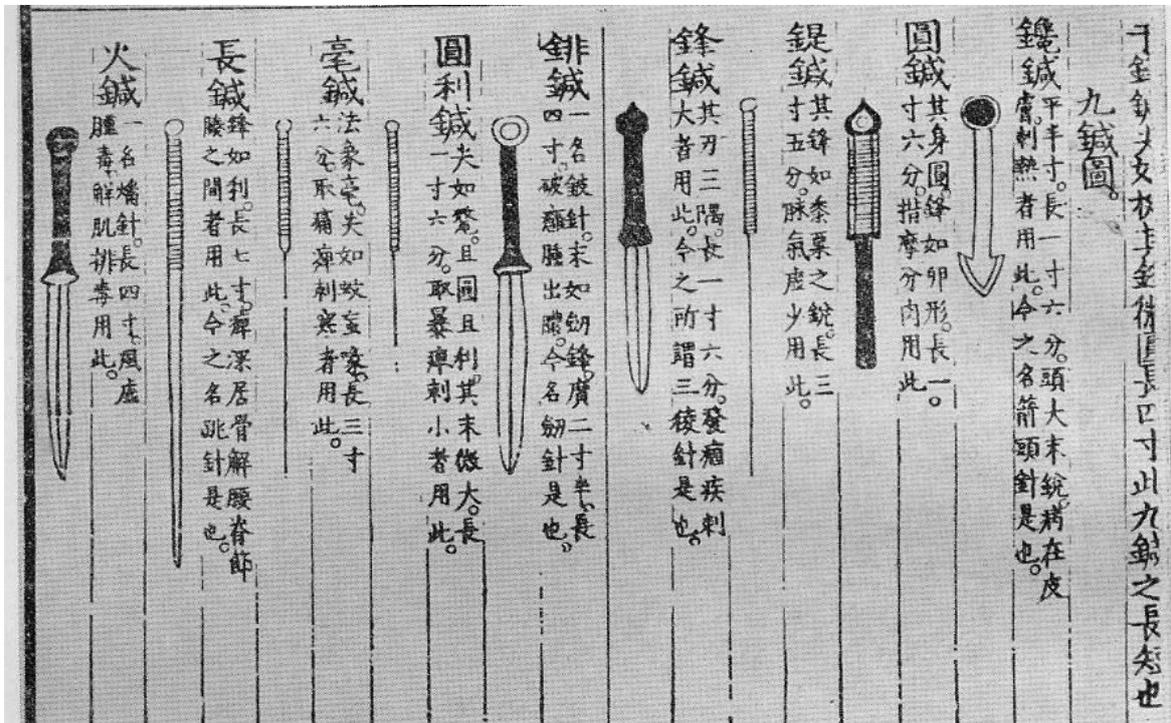
Les neuf aiguilles du *Ling Shu*

[reproduites dans le *Zhenjiu dacheng* (1601)]

En partant de gauche à droite, nous avons successivement les aiguilles : à tête de flèche (鑱 *chan*), à tête ronde (圓 *yuan*), émoussée (鍤 *ti*), à pointe prismatique (鋒 *feng*), en forme d'épée (鉞 *pi*), ronde et pointue (圓利 *yuanli*), filiforme (毫 *hao*), longue (長 *chang*), et grande (大 *da*). La corruption du caractère *da* (大) en *huo* (火) est due au temps sur le manuscrit ou à une erreur du scribe.

Pierre Dinouart-Jatteau

<i>da</i>	<i>chang</i>	<i>hao</i>	<i>yuanli</i>	<i>pi</i>	<i>feng</i>	<i>ti</i>	<i>yuan</i>	<i>chan</i>
大	長	毫	圓利	鉞	鋒	鍤	圓	鑱



*Patrick Triadou¹, Dominique Desjeux², Jean Louis Lafont³, Olivier Martin², Valérie Derien², Aube-
ne Fontaine², Virginie Humeau², Pauline Marec², Christian Rempp⁴, Philippe Castera⁵, Claude
Apchain⁶, Philippe Sosinski⁵, Vincent Mosser⁴, Karine Aledo-Remillet³, Philippe Ercolano⁵*

L'acupuncture en France aujourd'hui (V) Typologies des Patients

Résumé : Nous avons mené une enquête sociologique sur la pratique de l'acupuncture en France. Cet article est consacré à la typologie des patients. C'est le cinquième d'une série de cinq qui analysent respectivement la consultation d'acupuncture, les perceptions des séances d'acupuncture, la consommation de médicaments, les représentations de cette pratique et une typologie des patients. Les patients se répartissent en cinq catégories : - les néophytes enthousiastes (29,8%); - les fidèles de la médecine classique (MC) utilisant l'acupuncture comme soin complémentaire (25,3%); - Les patients ayant des souffrances psychologiques et utilisant l'acupuncture comme thérapie de soutien (13,8%); -les déçus de la MC (11,3%); - les adeptes des médecines alternatives (MA) (19,8%). **Mots Clés :** acupuncture - sociologie - médecine complémentaire - médecine alternative.

Summary : This article presents the results of sociological study of acupuncture practice in France. It is the fifth article of a series of five respectively concerned by consultation, perception of acupuncture effectiveness, use of drug, representation of acupuncture and a typology of patients. The patients can be distinguished as following : - enthusiastic beginners (29,8%); - followers of standard medicine using acupuncture as a complementary therapy (25,3%); - Les patients with psychological suffering using acupuncture as a complementary therapy (13,8%); - patients disappointed with standard medicine (11,3%); - followers of alternative medicine (MA) (19,8%). **Keywords :** acupuncture - sociology - complementary medicine - alternative medicine.

Introduction

On ne dispose que peu d'éléments permettant de connaître la place de l'acupuncture dans le système de soin français. Elle est classée dans l'ensemble hétérogène des médecines alternatives (MA) qui se définissent par exclusion par rapport à la médecine classique (MC). Deux types de travaux, essais cliniques et expérimentations biologiques visent à préciser les domaines d'efficacité clinique et les mécanismes d'action des aiguilles sur l'organisme [1-10]. Ces données scientifiques n'expliquent pas les caractéristiques de cette pratique et la demande de soin à laquelle elle répond. Le recours croissant aux MA, souvent utilisées sur le mode de la complémentarité, en Europe et en Amérique du Nord pour des pathologies très diverses justifient pourtant une telle interrogation [11-13]. L'analyse des raisons qui conduisent à recourir à l'acupuncture et des caractéristiques de cette pratique a été réalisée à l'aide d'une enquête auprès essentiellement des patients, mais aussi également des acupuncteurs. Cette enquête de sociologie interroge les choix, les pratiques, les re-

présentations, les jugements d'efficacité, les attentes, la consommation de médicament, les caractéristiques socio-éducatives. Les résultats de cette enquête sont présentés sous forme de cinq articles. Le présent article est une analyse complémentaire proposant une typologie des patients de l'acupuncture.

Matériel et méthode

Méthodes

Enquêtes qualitative et quantitative

L'enquête comporte deux étapes, qualitative et quantitative. La première qualitative s'adresse à un échantillon raisonné de patients et d'acupuncteurs. Bâtie sur la notion d'itinéraire thérapeutique qui reproduit le chemin emprunté par les patients pour consulter un acupuncteur, elle est réalisée grâce à des interviews s'appuyant sur un guide d'entretien validé par un groupe d'experts comprenant des acupuncteurs et des sociologues [14-16]. La deuxième étape de l'enquête est quantitative. Un questionnaire de 141 questions (questions à une seule réponse, à choix multiple, questions ouvertes) a été élaboré

par le groupe d'experts à partir des résultats de l'enquête qualitative. Le questionnaire est divisé en cinq parties. La première partie est consacrée aux motifs de consultation de l'acupuncteur, aux traitements essayés antérieurement, aux médecins traitants, aux médicaments et au déroulement des consultations d'acupuncture. La seconde partie porte sur le champ pathologique estimé comme relevant de l'acupuncture, sur les représentations de l'action des aiguilles, sur la confiance dans les différentes formes de thérapies. La troisième partie interroge les connaissances scientifiques et médicales des patients, leurs lectures en matière de santé, leur connaissance de la représentation chinoise traditionnelle du corps. La quatrième partie concerne le mode de vie, de travail, d'alimentation, la place des activités d'entretien du corps et les priorités de choix de vie. La dernière partie rassemble les caractéristiques socio-démographiques des patients ayant répondu à l'enquête.

Analyse des données

De façon à clarifier l'analyse de la situation et des informations, la méthode des « échelles d'observation » qui permet de distinguer les niveaux micro individuel (histoire de l'individu, rapport à son corps), micro social (relations personnels et thérapeutique) et macro social (réseaux qui font vivre l'acupuncture au niveau des professionnels et des patients) a été utilisée. Cette méthode a facilité la distinction entre les pratiques et les représentations des enquêtés.

L'analyse des données quantitatives a permis de comparer les pourcentages des réponses données à chaque question et de bâtir une typologie des patients de l'acupuncture grâce une analyse des correspondances multiples (ACM) qui a été réalisée à partir des variables actives présentées dans les tableaux sur l'ensemble des individus de l'échantillon. Une classification automatique par la méthode des centres mobiles sur les coordonnées factorielles a été réalisée. Le logiciel utilisé est Modalisa 4.1.

Echantillon et terrain de l'enquête

Quatre équipes composées d'un sociologue et d'un acupuncteur ont été constituées pour l'enquête qualitative qui a été conduite dans quatre villes, Bordeaux, Nîmes,

Paris et Strasbourg auprès de médecins acupuncteurs et de leurs clientèles. Au total 50 entretiens semi-directifs ont été réalisés avec les patients et 20 avec les acupuncteurs. Les entretiens ont été anonymisés avant d'être assemblés pour le travail d'analyse. L'enquête a porté sur les pratiques et les représentations.

Les questionnaires de l'enquête quantitative ont été distribués par les médecins acupuncteurs à leurs patients dans toutes les régions de France. Ils ont été remplis de manière anonyme et regroupés par les médecins coordinateurs de chaque région avant d'être adressés au centre de traitement de l'Université Paris 5. Sur les 2000 questionnaires distribués, 850 ont été récupérés et analysés.

Typologie

À partir des questionnaires reçus, des profils de patients ayant recours à l'acupuncture ont été élaborés sur la base de leurs pratiques. Les éléments les plus pertinents pour décrire ces pratiques ont été retenus en évitant que ceux-ci soient redondants. Ces éléments sont : - pathologie(s) à l'origine de la consultation ; - soins parallèles ; - soins antérieurs ; - ancienneté de la pratique de l'acupuncture ; - nombre de séances au cours du dernier mois ; fréquence des consultations ; - types de médecins prescripteurs de médicaments ; - types de prescriptions de médicaments pour la pathologie à l'origine de la consultation.

Résultats

Typologie des patients ayant recours à l'acupuncture

Cinq profils-types de patients ont été identifiés : - les néophytes enthousiastes ; - les fidèles de la MC utilisant l'acupuncture comme soin complémentaire ; - Les patients ayant des souffrances psychologiques et utilisant l'acupuncture comme thérapie de soutien ; - les déçus de la MC ; - les adeptes des MA.

Les néophytes enthousiastes

Les néophytes enthousiastes sont des patients dont la pratique est récente, fréquente et souvent exclusive. Ils sont particulièrement enthousiastes vis-à-vis de l'acupuncture dans laquelle ils ont une confiance totale. Ils attendent de l'acupuncture une guérison et pensent qu'elle peut soigner à elle seule un grand nombre de pathologies.

Cependant, ils sont peu sensibilisés aux autres MA qu'ils connaissent peu et ne pratiquent pas. On constate par ailleurs que ces patients ont peu de pathologie et consomment peu de médicaments. On peut supposer que leur pratique relève pour certains de la prévention ou d'une recherche de mieux être.

Quelques citations exemplaires, concernant l'acupuncture, des commentaires apportés au questionnaire pour cette catégorie sont : - «pour moi, c'est une médecine préventive. En rééquilibrant les points faibles, en favorisant une meilleure harmonie, elle empêche la maladie d'apparaître. Néanmoins, on n'a pas toujours le réflexe

Tableau I. Les néophytes enthousiastes.

Les néophytes enthousiastes (246 patients ; 29,8% de l'ensemble des patients)	
Pathologies à l'origine de la consultation	Peu de pathologies ; ex : Problèmes digestifs 9,8% (21,2%)
Type de problème ponctuel ou chronique	Problème ponctuel 31,3% (22,8%)
Durée de la pathologie	Pathologie récente : Moins de 3 ans 24,8% (20,1%)
Soins antérieurs	Peu de soins antérieurs : rien d'autre que l'acupuncture 15,4% (8,6%) ; - peu de consultation d'un homéopathe 7,3% (15%)
Soins en parallèle	Peu de soins en parallèle : rien d'autre que l'acupuncture 73,2% (33%) ; - consultation d'un généraliste ou un spécialiste 5,7% (27,6%) - consultation d'un homéopathe 4,9% (28,2%)
Ancienneté de la pratique	Pratique récente : moins de 18 mois 34,8% (25,4%)
Nombre d'acupuncteurs consultés	Consultation d'un seul acupuncteur 69% (58,2%)
Ancienneté de la connaissance de l'acupuncteur	Connaissance récente : depuis moins de 2 ans 47,8% (38,2%)
Fréquence de consultation	Fréquence de consultation élevée : 2 ou 3 fois par mois voire plus 34,8 % (29,8 %)
Prescriptions de médicaments	Aucune prescription médicale 27,9% (10,3%) Prescription uniquement par un autre médecin que l'acupuncteur 34,7 % (27,1 %)
Prise de médicaments pour la pathologie	Peu de médicaments : oui 12,9 % (58,3 %)
Évitement de médicaments	Acceptation de tous les médicaments 8,7 % (9,9 %)
Niveau des effets d'une séance	Se sentent beaucoup mieux : 52,9 % (42,4 %)
Durée des effets d'une séance	Longue : trois mois et plus 23,4 % (15,3 %)
Apport de l'acupuncture	Guérison 18,1 % (14,1 %)
Représentation du traitement par l'acupuncture uniquement	Très enthousiastes : migraine 56,3 % (48,4 %) ; - mal de dos 55,1 % (45,7 %) ; - douleurs articulaires 51,6 % (43,1%) ; - douleurs chroniques 55,8 % (45,2 %) ; - stress, anxiété 78,5 % (64,8 %) ; - dépression 52,4 % (45 %)
Confiance	Confiance totale en l'acupuncture 48,4 % (42,4 %) ; Confiance totale ou quasi-totale en l'homéopathie 52,9 % (61,5 %)
Prise en compte globale de l'individu	Oui, certainement 83% (77,8 %)
Connaissance des MA	Plus nombreux à affirmer ne pas connaître les différentes MA autres que l'acupuncture
Connaissances	Définition des principes d'action de l'ostéopathie et de l'homéopathie : moins nombreux à affirmer savoir les définir
Hygiène de vie	Jamais d'activité de relaxation 81,3 % (72,7 %)
Situation professionnelle	Emploi à plein temps 42 % (37,2 %)

Le premier pourcentage correspond aux données de la catégorie du tableau 1 (néophytes enthousiastes). Les pourcentages entre parenthèse indiquent la moyenne toutes catégories confondues. Ex. : néophytes enthousiastes, « problème ponctuel 31,3 % (22,8 %) ». 31,3 % des néophytes enthousiastes consultent un acupuncteur pour des problèmes ponctuels, alors que 22,8 % des patients consultent (toutes catégories confondues) un acupuncteur pour des problèmes ponctuels.

d'aller voir son acupuncteur alors qu'on n'est pas malade. On est souvent pas suffisamment à l'écoute de son corps» ; - «efficace et pas d'obligation d'avalier des médicaments» ; - «elle représente une autre vision de la médecine. Elle est un premier pas vers la «guérison» avant d'aborder en cas d'échec la médecine classique» ; - «elle apprend au corps à se défendre. Elle oblige le malade à prendre le temps et à participer à sa guérison. En effet, le temps de repos avec les aiguilles permet de se concentrer sur sa guérison. Avec les médecines classiques, tout va trop vite.»

Les fidèles de la MC utilisant l'acupuncture comme soin complémentaire

La moitié de ces patients sont retraités et un tiers est de sexe masculin. Ils vivent souvent en couple, ont des enfants, et ont peu de diplômes. Ils souffrent fréquemment de douleurs chroniques. Leur recours de l'acupuncture est ancien et les consultations fréquentes.

Ils sont peu sensibilisés aux MA dans lesquelles ils ont peu confiance, et ont une grande confiance dans la MC. Ils seraient rassurés si les principes d'action de l'acupuncture pouvaient être expliqués par la biomédecine. Ils utilisent l'acupuncture à titre de complément pour la douleur. L'action est comprise étant comme locale sur le corps.

Quelques citations exemplaires, concernant l'acupuncture, des commentaires apportés au questionnaire pour cette catégorie sont : - *«l'acupuncture est à mon sens un bon complément de la MC, car contrairement à elle, l'acupuncture soigne la cause de la maladie et vise à harmoniser l'ensemble du corps. L'acupuncture contribue à pallier l'insuffisance de la MC» ; - «grâce à l'acupuncture, j'ai pu vivre sans douleur et abandonner la prise régulière d'anti-inflammatoires et recommencer à marcher normalement. Sur les conseils de mon acupuncteur, je continue à suivre le spécialiste que je voyais auparavant» ; - «sans pour autant abandonner l'allopathie, je suis prête à témoigner sur les résultats spectaculaires de l'acupuncture» ; - «elle constitue pour moi un excellent traitement d'appoint à l'homéopathie voire à l'allopathie. Cependant, j'aimerais connaître des faits scientifiques, des statistiques, etc. qui permettraient de comparer l'acupuncture à l'allopathie et aux autres formes de médecines» ; «l'acupuncture est une*

science réelle, qui enlève la douleur où d'autres traitements échouent. J'ai une confiance absolue dans son application et le médecin acupuncteur qui me soigne est un homme de science en qui j'ai une confiance aveugle mais vraie. J'ai eu très mal et je sais que l'acupuncteur a enlevé la douleur à 90%. Retrouver son sommeil, pouvoir se mouvoir sans avoir de crises de douleur forte, n'être plus mal luné, retrouver une vie normale, faut-il encore être convaincu que l'acupuncteur est unique pour prouver ses bienfaits ?».

Les patients ayant des souffrances psychologiques et utilisant l'acupuncture comme thérapie de soutien

Ce sont de femmes, souvent célibataires et sans enfant, souffrant de problèmes psychologiques. Ces patientes s'estiment souvent stressées, fatiguées, inquiètes. Elles ont eu auparavant recours des psychothérapies, et se font traitées, souvent en complément de la MC, par acupuncture. Elles ont deux prescripteurs de médicaments. Les médicaments principalement prescrits sont les antidépresseurs, calmants et somnifères. Leur recours à l'acupuncture est récent et les séances fréquentes. Pour elles, l'acupuncture fournit un soutien psychologique, et c'est une thérapie qui agit sur le psychisme principalement. Elles n'ont cependant pas une confiance totale en l'acupuncture, alors qu'elles ont une très grande confiance en la psychothérapie.

Quelques citations exemplaires, concernant l'acupuncture, des commentaires apportés au questionnaire pour cette catégorie sont : - *«l'acupuncture m'apporte beaucoup, c'est un gros complément à une psychothérapie. Grâce à l'écoute, le dialogue, la gentillesse de l'acupuncteur, j'ai le sentiment que le traitement m'apporte plus qu'une psychothérapie» ; - «dans une situation de fatigue physique profonde et ancienne, l'acupuncture m'aide à retrouver mes défenses naturelles et apporte en plus au traitement psychiatrique dans ma situation de dépression réactionnelle» ; - «pour moi, cela a été un miracle, ça n'a pas résolu mes problèmes à 100%. Mais je ne suis plus un déchet humain, comme je l'étais lorsque je prenais des antidépresseurs. Je sais de quoi je parle, j'en ai pris pendant 20 ans, avec des hospitalisations. Mon environnement a constaté les effets de l'acupuncture. Cela a été spectaculaire, je revis» ; - «je pense que l'acupuncture a*

Tableau II. Les fidèles de la MC.

Les fidèles de la MC (209 patients ; 25,3 % de l'ensemble des patients)	
Pathologies à l'origine de la consultation	Douleurs des articulations 70,3 % (52,5 %)
Type de problème ponctuel ou chronique	Problème chronique 48,3 % (36,8 %)
Soins antérieurs	Consultation d'un médecin généraliste 60,3 % (50,1 %) Consultation d'un médecin spécialiste 48,8 % (28,2 %) Consultation d'un masseur kinésithérapeute 17,7 % (10,8 %)
Soins en parallèle	Rien d'autre que l'acupuncture 8 % (33 %) Consultation d'un généraliste ou d'un spécialiste 65,7 % (27,6 %) Consultation d'un masseur kinésithérapeute 26,8 % (12 %)
Ancienneté de la pratique	Pratique établie : De 18 mois à 9 ans 41,3 % (35,6 %)
Ancienneté de la connaissance de l'acupuncteur	Connaissance moyenne : Entre 5 et 20 ans 39,3% (36,4 %)
Fréquence de consultation	Fréquence élevée : 2 ou 3 fois par mois voire plus 35,5% (29,8 %)
Prescriptions de médicaments	Double prescription par l'acupuncteur et d'autres médecins 48 % (36,7 %) Prescription uniquement par d'autres médecins 34,8 % (27,1 %)
Prise de médicaments pour la pathologie	Oui 75,7 % (58,3 %) dont anti-douleurs 47,8 % (19 %) et autres médicaments allopathiques 20,6 % (8,1 %)
Évitement de médicaments	Acceptation de tous les médicaments 15,9 % (9,9 %)
Apport de l'acupuncture	Soulagement de la douleur 39,6 % (31 %)
Niveau des effets d'une séance	Se sentent un peu mieux 53,3 % (48,8 %)
Mode d'action de l'acupuncture	Sur le corps principalement 35,6 % (25,8 %)
Représentation de la guérison par l'acupuncture uniquement	Plus sceptiques
Effets des aiguilles	Sur la région des points piqués avec les aiguilles 40 % (29,3 %)
Confiance	Confiance totale ou quasi-totale en MC : 35,2 % (33,7 %) Faible confiance dans les MA, forte confiance dans la MC : 33 % (23,8 %) Confiance totale pour la kinésithérapie 19 % (13,5 %) Faible confiance dans les MA : 60,3 % (50,1 %)
Croyance en la capacité de la médecine classique à guérir tout un jour	Moins nombreux à penser que la MC ne pourra pas un jour tout guérir : Non, certainement pas 24,9 % (30,9 %)
Se sentiraient rassurés si la biologie expliquait les effets de l'acupuncture	Oui 22,5 % (16,5 %)
Prise en compte de l'individu dans sa globalité	Oui, certainement 67,8 % (77,8 %)
Connaissance des MA	Plus nombreux à affirmer ne pas connaître les différentes MA
Connaissances	Définition des termes (méridiens, points d'acupuncture) : moins nombreux à affirmer savoir les définir
Sexe	Hommes 30,1 % (23 %)
Situation familiale	Célibataires 8,6 % (11,4 %) ; enfants 86 % (79,3 %)
Niveau de diplôme	Diplôme inférieur au bac 42,1 % (36 %)
Situation professionnelle	Retraités 51,5 % (36,3 %)

un effet très relaxant sur moi, je soigne mes crises d'angoisse et mon mal-être avec l'aide d'un médecin généraliste et d'un psychothérapeute. L'acupuncture est un complément.».

Les déçus de la MC

Ces patients sont principalement des femmes, vivant en couple avec enfants, souvent à la campagne, peu diplômées et retraitées. Elles souffrent de pathologies

Tableau III. Les patients ayant des souffrances psychologiques et utilisant l'acupuncture comme thérapie de soutien.

Les patients ayant des souffrances psychologiques (114 patients ; 13,8 % de l'ensemble des patients)	
Pathologies à l'origine de la consultation	Stress 66,7 % (37,8 %) ; - problèmes psychologiques 38,6 % (12,6 %) ; - troubles du sommeil 37,7 % (23,6 %)
Durée de la pathologie	Pathologie récente ; moins de 3 ans : 30,2 % (20,1 %)
Soins antérieurs	Consultation d'un psychothérapeute 43,9 % (10,5 %)
Soins en parallèle	Consultation d'un psychothérapeute 47,4 % (7,5 %)
Ancienneté de la pratique	Pratique récente ; moins de 18 mois : 38,9 % (25,4 %)
Nombre d'acupuncteurs consultés	Consultation de trois acupuncteurs en moyenne 17,4 % (10 %)
Ancienneté de la connaissance de l'acupuncteur	Connaissance récente : depuis moins de 2 ans 43,2 % (38,2 %)
Fréquence de consultation	Fréquence de consultation élevée : 2 ou 3 fois par mois voire plus 52,7 % (29,8 %)
Prescriptions de médicaments	Double prescription par l'acupuncteur et d'autres médecins 50,9 % (36,7 %)
Prise de médicaments pour la pathologie	Oui 88,5 % (58,3 %) dont Antidépresseurs, calmants, somnifères 72,8 % (14,2 %)
Évitement de médicaments	Acceptation de tous les médicaments 14,1 % (9,9 %)
Apport de l'acupuncture	Soutien psychologique 33,3 % (19,7 %)
Confiance	Forte confiance dans MA et MC 37,6 % (30,5 %) Confiance totale en l'acupuncture 36,7 % (42,4 %) Confiance totale pour la psychothérapie 14,7 % (8,3 %)
Niveau des effets d'une séance	Se sentent un peu mieux 56,5 % (48,8 %)
Durée des effets d'une séance	Trois mois et plus 4,4 % (15,3 %)
Durée de l'entretien du jour	Plus de 17 minutes 33,7 % (23,7 %)
Coût final pour le patient	0 euro 52,1 % (40,9 %)
Représentation de la guérison par l'acupuncture uniquement	Plus sceptiques
Inquiétudes	OGM 66,4 % (58,8 %). Énergie nucléaire 58,3 % (49,2 %)
Sentiment	D'être très stressé 43,9 % (20,2 %) D'avoir une vie très fatigante 38,1 % (20,9 %) D'avoir un temps personnel très insuffisant 14,9 % (9,3 %)
Hygiène de vie	Jamais alimentation biologique 24,8 % (17,3 %)
Sexe	Femmes 86,8 % (77 %)
Situation familiale	Célibataires 16,8 % (11,4 %) ; enfants 71,1 % (79,3 %)
Situation professionnelle	Emploi à plein temps 42,1 % (37,2 %)

nombreuses, variées et anciennes. Elles se sentent inquiètes, stressées et fatiguées. Elles ont eu recours à de nombreux soins de MC et les poursuivent parfois de façon parallèle, avec souvent une double prescription de médicaments. Néanmoins, elles sont nombreuses à

affirmer prendre moins de médicaments depuis qu'elles pratiquent l'acupuncture.

Cette pratique est ancienne et leur fréquence de consultation est mensuelle. Elles ont une confiance totale dans l'acupuncture. Elles lisent volontiers des magazines dédiés à la santé.

Tableau IV. Les déçus de la MC.

Les déçus de la MC (93 patients ; 11,3 % de l'ensemble des patients)	
Pathologies à l'origine de la consultation	Pathologies nombreuses : douleurs des articulations 60,2 % (52,5 %) ; - maux de tête 36,6 % (14,4 %) ; - stress 80,6 % (37,8 %) ; - problèmes digestifs 57 % (21,2 %) ; - problèmes de poids 15,1 % (6,4 %) ; - problèmes de peau 21,5 % (5,5 %) ; - fatigue 68,9 % (25,89 %) ; - troubles de la vue 18,3 % (3 %) ; - troubles du sommeil 55,9 % (23,6 %) ; - allergies 21,5 % (6,8 %) ; - bourdonnements et sifflement d'oreille 20,4 % (5,1 %)
Durée de la pathologie	Pathologie ancienne Pathologie entre 6 et 10 ans 30,1 % (18,9 %) Pathologie depuis plus de 10 ans 19,3 % (11,6 %)
Soins antérieurs	Consultation d'un médecin généraliste 64,5 % (50,1 %) Consultation d'un homéopathe 25,8 % (15 %) Consultation d'un ostéopathe 22,6 % (10,2 %)
Soins en parallèle	Consultation d'un ostéopathe 30,1 % (12,4 %)
Ancienneté de la pratique	Pratique ancienne : Plus de 10 ans 50 % (39 %)
Ancienneté de la connaissance de l'acupuncteur	Connaissance moyenne entre 5 et 20 ans 46,4 % (36,4 %)
Fréquence de consultation	Peu élevée : 1 fois par mois 47,3 % (33,7 %)
Prescriptions de médicaments	Double prescription par l'acupuncteur et d'autres médecins 52,9 % (36,7 %)
Évitement de médicaments	Acceptation de tous les médicaments 6,7 % (9,9 %)
Évolution de la consommation de médicaments	Moins de médicaments qu'avant 85,7 % (76,3 %)
Comparaison entre l'acupuncteurs et les médecins classiques	Estiment que les acupuncteurs ont beaucoup plus d'écoute que les médecins classiques 88 % (73,4 %) Estiment que l'accueil des acupuncteurs est meilleur 69,9 % (60,4 %)
Mode d'action de l'acupuncture	De manière identique sur le mental et le corps 87,1 % (69 %)
Représentation du traitement par l'acupuncture uniquement	Enthousiastes
Effets des aiguilles	Sur l'ensemble du corps 80 % (70,7 %)
Inquiétudes	Clonage des animaux 79,1 % (70,9 %) ; OGM 64,4 % (58,8 %) ; Vaccins 30,3 % (14,5 %) ; Énergie nucléaire 59,6 % (49,2 %) ; Pollution électromagnétique 45,6 % (34,4 %)
Confiance	Confiance totale en l'acupuncture 48,4 % (42,4 %)
Croyance en la capacité de la médecine classique à guérir tout un jour	Confiance en l'avenir de la MC : Non, certainement pas 22,8 % (30,9 %)
Prise en compte de l'individu dans sa globalité	Oui, certainement 82,2 % (77,8 %)
Lectures de magazines santé	Quel que soit le magazine, ont la fréquence de lecture la plus élevée
Connaissances	Définition des termes (méridiens, points d'acupuncture) : plus nombreux à affirmer savoir les définir
Sentiment	D'être très stressé 30,1 % (20,2 %) D'avoir une vie très fatigante 28,9 % (20,9 %) D'avoir un temps personnel insuffisant 56 % (43,4 %)
Coût final pour le patient	Plus de 20 euros 31,9 % (22,5 %)
Sexe	Femmes 81,3 % (77 %)
Zone d'habitation	Bourg, village, hameau ou zone d'habitat dispersé 46,2 % (35,1 %)
Situation familiale	Célibataires 3,4 % (11,4 %) ; Enfants 84,4 % (79,3 %)
Niveau de diplôme	Diplôme inférieur au bac 49,5 % (36 %)
Situation professionnelle	Retraités 37,8 % (36,3 %)

Quelques citations exemplaires, concernant l'acupuncture, des commentaires apportés au questionnaire pour cette catégorie sont : - *« ayant eu des problèmes avec la MC pour la prescription de médicaments, je me suis tourné vers l'acupuncture et l'homéopathie »* ; - *« je suis venu à l'acupuncture en désespoir de cause pour une pathologie chronique et j'ai été rassuré par l'efficacité du traitement. »*

Les adeptes des MA

Les adeptes des MA sont principalement des femmes diplômées. Elles ont une pratique de l'acupuncture ancienne et une fréquence de consultation peu élevée. Elles accordent une grande confiance aux MA. Elles les connaissent bien. Elles associent volontiers acupuncture et homéopathie. Il est vraisemblable que leur acupuncteur soit également homéopathe. Elles ont la plupart du temps l'acupuncteur comme seul prescripteur de médicaments, de MA principalement. Les MA font partie de leur mode de vie. Celles-ci s'ajoutent à des pratiques de relaxation, à une alimentation biologique et à une hygiène de vie. Elles n'éprouvent pas le besoin d'expliquer l'acupuncture par la biomédecine.

Quelques citations exemplaires, concernant l'acupuncture, des commentaires apportés au questionnaire pour cette catégorie sont : - *« adepte inconditionnel de l'homéopathie et de l'acupuncture, puisqu'en ce qui me concerne, les deux sont liés. À quelques rares exceptions, je ne vois aucun autre médecin »* ; - *« c'est naturel et ancestral, donc sûr pour moi »* ; - *« une vie saine et une nourriture équilibrée sont pour moi complémentaires à mes soins et remèdes prescrits par mon médecin acupuncteur et homéopathe. »* ; - *« c'est une technique très ancienne qui a eu le temps de faire ses preuves »* ; - *« elle tient compte de la relation de l'homme à l'univers et des connaissances ancestrales »* ; - *« médecine alternative qui évite de surcharger l'organisme avec des thérapeutiques qui peuvent avoir des effets secondaires gênants et dangereux. »*

Discussion

Cinq profils-types de patients identifiés se répartissent de la façon suivante : - 29,8 % de néophytes enthousiastes ; - 25,3 % de fidèles de la MC utilisant

l'acupuncture comme soin complémentaire ; - 19,8% d'adeptes des MA ; - 13,8% de patients ayant des souffrances psychologiques et utilisant l'acupuncture comme thérapie de soutien ; - 11,3% de déçus de la MC. Il est important de noter que les patients qui ont pris le temps de répondre au questionnaire sont pour 77% de femmes et que les groupes où les hommes sont les plus représentés sont ceux des « néophytes enthousiastes » et des « fidèles de la MC utilisant l'acupuncture comme soin complémentaire ». Les trois autres groupes sont à prédominance féminine certaine. Les groupes les plus jeunes sont ceux des « néophytes enthousiastes » et des « adeptes des MA ».

Ces deux derniers groupes se caractérisent par une consommation médicale orientée essentiellement vers l'acupuncture et l'homéopathie avec une plus grande confiance dans l'homéopathie pour les seconds et une attention quasi exclusive pour l'acupuncture chez les premiers. Ces patients consomment peu de médicaments de MC, fréquentent peu les médecins de MC et semblent avoir fait des choix de vie et d'hygiène de vie qui les rapprochent de l'acupuncture. Si les seconds, principalement représentés par des femmes de niveau d'instruction élevé, consultent peu fréquemment et ont intégré l'acupuncture dans leur dispositif de bonne santé, les premiers consultent beaucoup plus et, malgré des connaissances moins étendues sur les MA, estiment que l'acupuncture peut venir à bout de nombreux problèmes.

Contrairement à ces deux catégories, le groupe des fidèles de la MC utilisant l'acupuncture comme soin complémentaire continuent de recourir à la MC et pensent les effets de l'acupuncture en termes d'action sur le corps. Ils souffrent de douleurs chroniques, surtout articulaires, et cherchent à être soulagés. Ils utilisent l'acupuncture au même titre que la kinésithérapie, consomment des médicaments, et ont souvent deux prescripteurs. Leur confiance va pour l'essentiel à la MC. Ce sont des patients plus âgés avec une plus forte représentation de retraités. Ils se distinguent des deux groupes précédents par un choix de thérapeutique de nécessité. Les patients des deux autres groupes ayant

Tableau V. Les adeptes des MA.

Les adeptes des MA (163 patients ; 19,8 % de l'ensemble des patients)	
Soins antérieurs	Rien d'autre que l'acupuncture 16,6 % (8,6 %) Automédication 17,8 % (11 %) Consultation d'un homéopathe 23,3 % (15 %)
Soins en parallèle	Consultation d'un homéopathe 63,8 % (28,2 %) Très peu d'autres soignants : Consultation d'un généraliste ou d'un spécialiste 2,5 % (27,6 %)
Ancienneté de la pratique	Pratique ancienne : Plus de 10 ans 58,2 % (39 %)
Nombre d'acupuncteurs consultés	Consultation de 3 acupuncteurs en moyenne 15,3 % (10 %)
Fréquence de consultation	Fréquence peu élevée : Quelques fois par an voire moins 60,7 % (36,5 %)
Prescriptions de médicaments	Acupuncteur comme seul prescripteur 57,7 % (25,8 %)
Prise de médicaments pour la pathologie	Oui 86,3 % (58,3 %) dont Médicaments de MA 73,3 % (27 %)
Évitement de médicaments	Acceptation de tous les médicaments 6,3 % (9,9 %)
Apport de l'acupuncture	Guérison 17,2 % (14,1 %)
Niveau des effets d'une séance	Se sentent un peu mieux 55,5 % (48,8 %)
Durée des effets d'une séance	Trois mois et plus 17,3 % (15,3 %)
Comparaison entre l'acupuncteurs et les médecins classiques	Estiment moins que les acupuncteurs sont beaucoup plus ponctuels que les MC 46,8 % (56,0 %)
Confiance	Confiance totale ou quasi-totale en MC 17,4 % (33,7 %) Forte confiance dans les MA, mais faible en MC 26,4 % (19,4 %) Confiance totale en l'acupuncture 36,3 % (42,4 %) Forte confiance dans les MA 58,9 % (49,9 %) Confiance totale ou quasi-totale pour l'homéopathie 79,8 % (61,5 %)
Croyance en la capacité de la MC à guérir tout un jour	Non, certainement pas 38,8 % (30,9 %)
Se sentiraient rassurés si la biologie expliquait les effets de l'acupuncture	Non 52,2 % (43,6 %)
Connaissance des différentes MA	Toujours plus nombreux que les autres types à affirmer connaître les MA
Connaissances	Définition des termes (méridiens, points d'acupuncture) : plus nombreux à affirmer savoir les définir Définition des principes d'action de l'homéopathie et de l'ostéopathie : plus nombreux à affirmer savoir les définir
Possession d'ouvrages	Sur l'acupuncture 9,9 % (5,7 %) ; sur les MA 31,1 % (16,6 %)
Hygiène de vie	Très grande importance accordée à la qualité de l'alimentation 30,7 % (23,9 %). Assez souvent alimentation biologique 44,8 % (35,8 %) Activité de relaxation régulièrement 22,2 % (14 %)
Sexe	Femmes 81,5 % (77 %)
Niveau de diplôme	Diplôme de deuxième ou troisième cycle 24,5 % (19,4 %)
Situation professionnelle	Emploi à plein temps 40,6 % (37,2 %)

fondé leur choix sur des représentations de la santé qui n'étaient réductibles au modèle de la MC.

Ces différences se retrouvent dans les itinéraires des patients déjà décrits [17] et dans les analyses faites

sur les modalités des choix de traitement par les MA [18-26].

Les deux derniers groupes plus minoritaires « de patients ayant des souffrances psychologiques et utilisant l'acu-

puncture comme thérapie de soutien » et des « déçus de la MC » se rapprochent par la symptomatologie dominée par le stress, l'anxiété et l'insomnie et se distinguent par les solutions essayées, traitement par un psychothérapeute dans le premier cas et par un médecin de MC dans le second. Dans les deux cas existent des doubles prescriptions et la symptomatologie du second groupe s'enrichit de manifestations somatiques comme les douleurs articulaires.

Contrairement aux deux premières catégories de l'étude où le choix de la modalité thérapeutique est faite par le patient sur la base de sa représentation de la santé, les trois autres catégories posent le problème de la définition de la place de l'acupuncture et des MA dans l'offre de soin, notamment pour le mal être qui semble lié aux modes de vie et de travail contemporains [27-35].



Dr Patrick Triadou, Unité de Santé Publique, CHU Necker, 149 rue de Sèvres, 75743 Paris cedex 15.

2. Département de Sociologie, Université Paris 5, Centre Universitaire des Saints Pères, 45 rue des Saints Pères 75005 Paris.
3. DIU d'Acupuncture, Nîmes.
4. DIU d'Acupuncture, Strasbourg.
5. DIU d'Acupuncture, Bordeaux.
6. DIU d'Acupuncture, Paris.

Références

1. Lao L, Bergman S, Langenberg P, Wong R.H, Berman B.M. Efficacy of Chinese acupuncture on postoperative oral surgery pain. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology*. 1995;79(4):423-428.
2. Berman BM, Lao L, Greene M, Anderson RW, Wong RH, Langenberg P, Hochberg MC. Efficacy of traditional Chinese acupuncture in the treatment of symptomatic knee osteoarthritis: a pilot study. *Osteoarthritis and Cartilage*. 1995(3):139-142.
3. Xue CC, Dong I, Polus B, English RA, Zheng Z, Da Costa C, Li CG. Electroacupuncture for tension-type headache on distal acupoint only: a randomized, controlled, crossover trial. *Headache*. 2004, Apr;44(4):331-41.
4. MacPherson H, White A, Cimmings M, Jobst K, Rose K, Niemtzw R. Standards for Reporting Interventions in Controlled Trials of Acupuncture. Standards for reporting interventions in controlled trials of acupuncture: The STRICTA recommendations. *Standards for Reporting Interventions in Controlled Trials of Acupuncture*. *Acupunct Med*. 2002;20(1):22-5.
5. Kararmaz A, Kaya S, Karama H, Turhanoglu S. Effect of the frequency of transcutaneous electrical nerve stimulation on analgesia during extracorporeal shock wave lithotripsy. *Urol Res*. 2004 Jul 9:26-31.
6. Shiotani A, Tatewaki M, Hoshino E, Takahashi T. Effects of electroacupuncture on gastric myoelectrical activity in healthy humans. *Neurogastroenterol Motil*. 2004,Jun;16(3):293-8.
7. Lao L, Bergman S, Wong R.H, Berman B.M., Wynn R.L. Electroacupuncture reduces morphine-induced emesis in ferrets: a pilot study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 1995;1(3):257-261.
8. Stener-Victorin E, Kobayashi R, Watanabe O, Lunberg T, Kurosawa M. Effect of electro-acupuncture stimulation of different frequencies and intensities on ovarian blood flow in anaesthetized rats with steroid-induced polycystic ovaries. *Reprod Biol Endocrinol*. 2004;2(1):16-28.
9. Lao L, Zhang RX, Zhang G, Wang X, Berman BM, Ren K. A parametric study of electroacupuncture on persistent hyperalgesia and Fos protein expression in rats. *Brain Res*. 2004 Sep 10;1020(1-2):18-29.
10. Lin JG, Chen WC, Hsich CL, Tsai CC, Cheng YW, Cheng JT, Chan WX. Multiple sources of endogenous opioid peptide involved in the hypoglycemic response to 15 Hz electroacupuncture at the Zhongwan acupoint in rats. *Neurosci Lett*. 2004 Aug 5,366(1):39-42.
11. Fischer P, Ward A. Complementary medicine in Europe. *BMJ*. 1994;309:107-110.
12. Eisenberg DM, Roger BD, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay, Kesselr R.C. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. *JAMA*. 1998;280:1569-1575.
13. Eisenberg DM, Ronald CK, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional medicine in the United States, prevalence, costs, and pattern of use. *N Eng J Med*. 1993;328:246-252.
14. Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain, Nouvelle édition. Paris: La Découverte; 2003.
15. Cefai D. L'enquête de terrain. Paris: Editions La Découverte; 2003.
16. Desjeux D. Les Sciences Sociales. Paris: PUF; 2004.
17. Benoist J. Soigner au pluriel, essai sur le pluralisme médical. Paris: Karthala ; 1996.
18. De Sousa A, Chatap G. Groupe Douleurs Aigues de la Personne Agée. Physical analgesic therapy in the elderly. Its interest in the management of headaches. *Presse Med*. 2004 Jul 10; 33(12 Pr 1):819-24.
19. Vickers AJ, Rees RW, Zollman CE, McCarney R, Smith CM, Ellis N, Van Haselen R. Acupuncture for chronic headache in primary care : Large pragmatic, randomised trial. *BMJ*. 2004;320:744-50.

20. Brunelli B, Gorson KC. The use of complementary and alternative medicines by patients with peripheral neuropathy. *J Neurol Sci.* 2004 Mar 15;218(1-2):59-66.
21. Junker J, Oberwittler C, Jackson D, Berger K. Utilization and perceived effectiveness of complementary and alternative medicine in patients with dystonia. *Mov Disord.* 2004 Feb;19(2):158-61.
22. Vas J, Perea-Lilla E, Mendez C. Acupuncture and moxibustion as an adjunctive treatment for osteoarthritis of the knee—a large case series. *Acupunct Med.* 2004 Mar;22(1):23-8.
23. Lacour M, Zunder T, Dettenkofer M, Schonbeck S, Ludtke R, Scheidt C. An interdisciplinary therapeutic approach for dealing with patients attributing chronic fatigue and functional disorders to environmental poisoning – a pilot study. *Int J Hyg Environ Health.* 2002;204(5-6):339-46.
24. Schafer T, Richie A, Wichmann HE, Ring J. Alternative medicine in allergies - prevalence, patterns of use and costs. *Allergy.* 2002;57(8):694-700.
25. Blanc PD, Trupin L, Earnest G, Katz PP, Yelin EH, Eisner MD. Alternative therapies among adults with reported diagnosis asthma or rhinosinusitis : data from a population – based survey. *Chest.* 2001;120(5):1433-4.
26. Liguori A, Petti F, Bangrazi A, Camaioni D, Guccione G, Pitari GM, Bianchi A, Nicoletti WE. Comparison of pharmacological treatment versus acupuncture treatment for migraine without aura—analysis of socio-medicine parameters. *J Tradit Chin Med.* 2000;20(3):321-40.
27. Gaylord S. Alternative therapies and empowerment of older women. *J Women Aging.* 1999;11(2-3):29-47.
28. Najm W, Reinsch S, Hoehler F, Tobis J. Use of complementary and alternative medicine among the ethnic elderly. *Altern Ther Health Med.* 2003;9(3):50-7.
29. Barnes LL. The acupuncture wars: the professionalizing of American acupuncture—a view from Massachusetts. *J Med Anthropol.* 2003;22(3):261-301.
30. Schmidt K, Jacobs PA, Barton A. Cross-cultural differences in GP's attitudes towards complementary and alternative medicine: a survey comparing regions of the UK and Germany. *Complement Ther Med.* 2002;10(3):141-7.
31. Hasan MY, Das M, Behjat S. Alternative medicine and the medical profession: views of medical students and general practitioners. *East Mediterr Health J.* 2000;6(1):25-33.
32. Bar-Cohen B, DeKeyser F, Wagner N. Reactions of patients to complementary medicine. *Harefuah.* 2000;139(7-8):263-6.
33. Fries CJ, Menzies KS. Gullible fools or desperate pragmatists? A profile of people who use rejected alternative health care providers. *Can J Public Health.* 2000;91(3):217-9.
34. Furnham A. How the public classify complementary medicine: a factor analytic study. *Complement Ther Med.* 2000;8(2):82-7.
35. Zarifan E. Idéologie scientifique. La médicalisation de l'existence. In: Zarifan E. *Des paradis pleins la tête.* Paris: Odile Jacob; 1998. p. 117-151,161.

Alain Huchet

Geshu (17V) 膈輸, étymologie et indications

Résumé : Nous avons tenté, dans cet article, d'analyser les indications du point 17V *geshu*. Pour cela, nous nous sommes tout d'abord servi des étymologies des termes *ge* et *shu* et de ceux qui s'y rapportent. Nous proposons une approche de la notion de diaphragme en médecine chinoise. Ensuite, après des rappels sur les couples Energie-Sang et clair-trouble, nous avons compilé les indications de *geshu*, proposé un classement didactique afin de mieux les comprendre. **Mots-clés :** *geshu* - diaphragme - étymologie - Sang - indication.

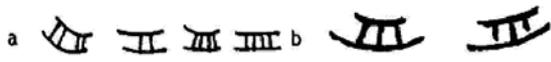
Summary : We tried through this article to analyse point 17B (*geshu*) indications. For that, we used different characters etymologies : *ge*, *shu*, and others. We propose an approach of the notion of diaphragm in Chinese medicine. Then, after some considerations about influences *qi*-Blood and *qing-zhuo*, we compiled the indications of *geshu* and proposed a didactic classification to get a better understanding.

Keywords : *geshu* - diaphragm - etymology - Blood - indication.

Shu, 輸

La partie gauche du caractère représente un char à 2 roues 車 vu du dessus : notion de véhicule à roue donc de transport.

Dans la partie droite, sous le symbole de réunion (亼), nous trouvons à gauche la représentation d'une barque, d'un bateau, d'un bac, 舟 et à droite le couteau, 刂.

舟 : représente un embarcation. Sème générique des bateaux (*).	
<p>a </p> <p>b </p> <p>c </p> <p>d </p>	<ul style="list-style-type: none"> - Jonque, barque, bateau, bac, etc.. - D'une origine en forme de bateau. - Ornement en pierre que l'on porte sur soi (souvent pendu à la ceinture). - Soucoupe, pied, support (forme du bateau).
Assimilation graphique en composition : 	

刂 : c'est le couteau, mais initialement, il s'agissait de l'eau.	
	<ul style="list-style-type: none"> - Rivière, fleuve, torrent - Continu, flot incessant - Tremper dans l'eau bouillante - Abréviation de 四川, Sichuan, quatre rivières.
Il s'agit d'un cours d'eau modéré, 𠂆, et non d'un fleuve, 𠂇, ni d'un ru, 𠂈.	

* Toutes les étymologies sont tirées de « L'idiot chinois » de Kyril Rijik [1].

Nous avons donc une notion de transport sur tous les modes (eau et terre).

Pour *shu*, il s'agit d'un transport pour apporter quelque chose, un transport pour offrir.

Shu veut aussi dire perdre. Il s'agit donc de transporter pour offrir sans risquer de perdre.

Remarque : la partie droite de *shu* (俞) au-dessus du cœur donne *yu* 愈 (guérir, surpasser, plus) ; pourrait-on guérir avec des points ?

Le diaphragme, *ge*, 膈

Un autre nom du diaphragme est *huang* (R2228) 肱 dont la signification est un peu floue [2].

Etymologie de *huang*, 肱

Au-dessous nous reconnaissons la clé de la chair.

Au-dessus, il s'agit de *wang* (R5467) 亡 qui veut dire : perdre, détruire, anéantir, fuir exiler, mourir, être absent.

Wang, c'est entrer, pénétrer 人 dans une cachette 亡.

Notons d'ailleurs que le caractère *wang*, 忘, (R5470) formé de *wang* et du cœur *xin* veut dire oublier, omettre.

De même, on peut le rapprocher de *mang*, 盲, (R3373) qui veut dire aveugle, obscur (formé de œil plus *wang*, œil sans prunelle).

On voit donc que l'on a à faire à quelque chose d'obscur, de caché. Ce qui est caché ne peut être que précieux.

Huang correspond à une zone située sous le cœur (entre le cœur et le diaphragme). Elle serait une membrane fine située au-dessus du diaphragme. *Huang* évoque physiologiquement une filtration qui empêche la remontée de souffles troubles vers le réchauffeur supérieur. Selon le grand Ricci, il s'agit de tissus internes de protection, naissant autour du nombril et se dévelop-

pant sous le cœur. Ce rôle de filtration semble confirmé par le nom de 2 points *huang* :

- 43V : *gaohuangshu*, 膏肱輸 : point qui commande l'enveloppe du cœur *xinbao*,
- 53V : *baohuang*, 胞肱 : point qui commande l'enveloppe pelvienne *nü zibao*,
- *bao* (R3834) 胞 de *baohuang* veut dire placenta ou organe entouré d'une membrane alors que *bao* (R3823) 包 de *xinbao* signifie enveloppe.

Que de plus précieux et de plus pur dans le corps que le Cœur et le lieu de développement du fœtus ?

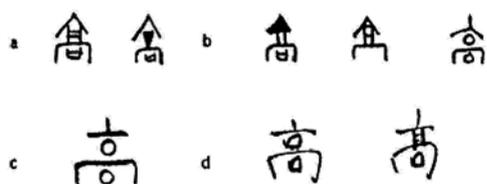
Ceci est d'autant plus vrai pour le 43V où le caractère *gao* (voir ci-dessous), qui est formé de la clé de la chair surmontée de *gao* veut dire graisse, gras, région située entre le cœur et le diaphragme, abondant riche et aussi métaphore pour le 1^{er} mois de la grossesse. Nous avons donc une notion de pâte primordiale. Ceci est confirmé par le dictionnaire de la MTC qui traduit *gao* par graisse, liquide visqueux, *jingwei* (substance raffinée), combinaison des *jinye* et des 5 céréales qui pénètrent dans le creux des os, tonifient le cerveau et la moelle, diffusent jusqu'au périnée.

Cela nous montre l'importance de ce point dont il est dit dans les classiques qu'il soigne toutes les maladies (les 100 maladies, les 5 surmenages et les 7 blessures), toutes les sortes de Vide.

Huang protège donc ces organes du trouble. Nous parlerons du clair et du trouble plus loin.

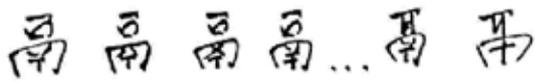
Deux autres points ont *huang* dans leur nom : 51V (*huangmen*) (nutrition sur un plan intellectuel, affectif, alimentaire) et 16R *huangshu* (nutrition mère-enfant, ombilicale).

Gao, 高 : représentation d'une tour, bâtiment à un étage ; haut.



- Haut, élevé, noble, sublime.
- Hauteur, élévation (propre et figuré).
- Honorer, respecter. Politesse : votre ?
- Supérieur, excellent, éminent.
- Prix élevé.

Etymologie de *ge*, 膈

Nous reconnaissons à gauche, 月, la clé de la chair.	
Pour la partie droite, 鬲 : il s'agit d'une marmite tripode qui servait surtout aux sacrifices.	
<p>a : graphies sur os divinatoires.</p>  <p>b : graphies sur vases en bronze.</p>  <p>c : graphie sigillaire, style tardif et banalisé.</p>  <p>d : graphie classique au pinceau ; d', d*... : variantes :</p> 	<p>La graphie s'assimilant peu à peu « à plat » sur des groupes de traits précédemment tracés, avec de multiples variantes.</p> <p><i>Ge</i>, marmite tripode, seul sens, très couramment utilisé pour les sacrifices dans l'antiquité.</p>

Sacer de l'indo-européen évoque une notion de séparation, de retranché du monde des vivants ; ceci nous rappelle *huang* et *wang* (perdre, détruire, mourir, être absent).

Notons aussi qu'une marmite se met sur le feu. Le Feu a une fonction séparation, comme le feu de IG qui sépare le clair et le trouble.

Rappelons que d'un point de vue embryologique, le diaphragme partage la même origine que les membranes pleurales, péricardiques et péritonéales. Ceci fait dire à C. Rempp que *xinbao* pourrait être aussi bien être sus- que sous-diaphragmatique [3].

Toutes ces structures mésenchymateuses sont sous la dépendance du Foie (*gan*), au même titre que les muscles et tendons. Schatz, Larre et Rochat de la Vallée nous disent : « (ces structures) *prennent part à la structuration du diaphragme et des séreuses d'enveloppement thoraco-abdominales, plèvre, péritoine, péricarde en particulier...* » [4]. Au niveau énergétique, l'énergie *wei* qui est très présente dans les muscles joue aussi un rôle dans le fonctionnement du diaphragme. Les textes disent « *l'énergie wei réchauffe le diaphragme* », ce qui nous confirme le rôle de membrane, de filtre protecteur du diaphragme.

Celui-ci est considéré dans la conception chinoise comme un rideau plutôt que comme un muscle. Sa fonction s'apparente donc aux enveloppes du thorax, plèvre et péricarde, ainsi qu'aux replis du péritoine avec lesquels il s'unit, comme le confirme l'embryologie.

On voit donc que le diaphragme n'est pas seulement une barrière entre le thorax et l'abdomen mais surtout un intermédiaire, un passage « filtrant ».

Ce rôle de protection est aussi indiqué dans le Chinese Medical Terminology où il est dit que *ge* protège de tous les Vents, ou *qi* pervers, générés par les processus de digestion, les empêchant de monter et de polluer le Cœur et les Poumons [5].

Cette notion de protection se retrouve aussi dans le *Nanjing* difficultés 31 et 32 où il est expliqué que le Cœur et le Poumon dirigeant le Sang et les Souffles ne peuvent que se situer en haut, au-dessus du diaphragme. Ils se doivent d'être protégés des influences troubles [6].

Il est à noter que si l'on remplace la clé de la chair par la clé de la bouche, on obtient *ge* (R2605) 囁 qui veut dire hoquet, rot. Ces symptômes apparaissent quand il y a reflux.

Notons aussi que si la clé du rempart prend la place de la clé de la chair, nous obtenons *ge* 隔 qui veut dire séparer, intercepter, cloison mur, etc., l'expression *gemo* (R3543, membrane) 隔膜 veut dire aussi diaphragme (mésentente, malentendu, désaccord, étranger à, ignorer).

(Remarque : *mo* = clé de la chair plus soleil, 日, qui disparaît dans les hautes herbes (*mang*, 莽) : veut dire « ne pas (marquant une défense), il ne faut pas »).

Si on rajoute le soleil en bas, on a alors le coucher de soleil *mu* (R3568), 暮.

Le *Suwen* dit dans son chapitre 43 : « *Le wei se sublime dans les membranes du diaphragme pour se répandre dans les cavités thoracique et abdominale* » [7].

On a donc ici la relation entre le diaphragme et les autres séreuses thoraco-abdominales. Mais on voit aussi la relation qu'établit le diaphragme entre l'intérieur et l'extérieur.

Il est dit d'ailleurs dans le *Jiayijing* que le Rein, plus *yin*, est en-dessous du diaphragme et s'occupe de l'intérieur, le Cœur, plus *yang*, est au-dessus et est en relation avec l'extérieur [8].

Au total, nous avons plusieurs notions de la physiologie du diaphragme :

- séparation thorax abdomen,
- protection du réchauffeur (empêche la montée du trouble),
- défense (énergie *wei*),
- tri et relation entre haut et bas, intérieur et extérieur,
- relations avec les autres séreuses, donc entre les viscères.

Il ne suffit donc pas de voir le diaphragme comme une simple membrane séparatrice, mais beaucoup plus comme une fonction (comme nous l'évoque la liaison *xinbao*, la notion de *huang*, etc.).

Second aspect du point *geshu*, et non le moindre : le Sang.

Nous avons vu que le diaphragme entretient des relations privilégiées avec le Foie (organe qui conserve le Sang), que ce soit anatomiquement ou physiologiquement (*weiqi*). Il est aussi en étroite relation avec le Cœur, anatomiquement bien sûr, mais aussi par l'inter-

médiaire de *xinbao*. Il est traversé par les essences pures qui montent du Réchauffeur Moyen (de la Rate) pour rejoindre le Cœur ou se formera le Sang.

Il est aussi à proximité de la Rate ; de plus, le 17V est situé entre le 15V et le 18V, points *shu* du Cœur et du Foie. Tout ceci explique que *geshu* soit un des points maîtres du Sang (voir commentaire *Nanjing* 45).

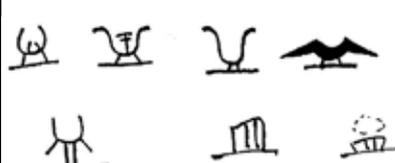
On peut rajouter que le niveau *taiyang* contient beaucoup de Sang et que le Sang est une manifestation de l'Eau. Voilà pourquoi il est sur *zutaiyang* (*Zhenjiu jujing* cité par G. Guillaume) [9].

Dans le *Suwen* 52, la région de ce point est appelée le « petit cœur ». Selon Ma Shi, cité par Nguyen Van Nghi, il s'agit de *xinbaohuo* qui est petit par rapport au grand Cœur. On note encore une fois la relation avec *xinbao*.

Rappelons quelques notions sur le Sang en MTC :

Étymologie de *xue*, 血, (R2103)

Xue est formé à partir de *min*, 皿, (R3507).

	<p>Réceptif pour la nourriture, pièce de vaisselle, plat, assiette, vase, coupe, etc..</p>
---	--

Dans *xue*, 血, le trait montre que l'on met quelque chose dans ce réceptif, quelque chose de l'ordre d'une offrande.

On voit donc que le Sang est une substance qui nourrit, qui contient des substances qu'il va offrir, des substances nobles, pures comme des offrandes.

Tout d'abord, on parle plus du couple *qi-xue* qui forme une unité, l'unité énergétique la plus petite à rendre compte du mécanisme des phénomènes biologiques.

Qi, 氣, (R485) : si on enlève le trait supérieur, on a l'haleine, le souffle léger. On ajouta le grain de céréale éclaté, comme symbole de matérialité et de vitalité par opposition au caractère vaporeux de l'haleine. On a donc quelque chose de vaporeux, de subtil, mais qui n'est pas dénué de matérialité, qui est lié à ce qui existe. Vapeur veut dire eau, mais aussi feu (alchimie de la vie).

Feu veut dire mouvement. C'est l'élément le plus subtil qui entre dans la composition de toute chose.

Le Sang ne se réfère pas spécifiquement à la distribution de la vascularisation dans le corps, mais représente une des modalités de la distribution des Energies.

Comme dans les notions de *yin-yang*, *biao-li*, clair-trouble, *qi-xue* représente les deux faces d'une même réalité. La représentation classique est celle du cheval et du cavalier, représentation bien connue.

En synthétisant la vision chinoise de la physiologie, on pourrait dire que celle-ci représente la façon qu'a l'organisme d'absorber des énergies extérieures et de les transformer pour les rendre miennes. Ce rôle est dévolu au Triple Réchauffeur, qui reçoit les eaux et les grains, énergie extérieures, qui va en extraire le *jing*, les clarifier, en garder le clair qu'il va ascensionner au Réchauffeur Supérieur à travers le diaphragme, et en rejeter le trouble vers le Réchauffeur Inférieur : (trouble ≠ déchet, voire réabsorption).

Rappel sur le Clair et le Trouble :

Clair, pur, *qing*, 清, (R1000)

A côté du radical de l'eau, la partie droite phonétique du caractère est formée de deux éléments. La supérieure, dérivée de *sheng* (生), montre une plante qui pousse, qui s'élève. La partie inférieure est une représentation de la pierre de cinabre en transformation dans le four alchimique. L'ensemble signifie la couleur de la nature, de la mer, le bleu-vert, glauque, voire parfois sombre, noir.

Avec le radical de l'eau, nous avons donc le sens d'une eau pure, claire, non mélangée.

Remarque : avec radical cœur 情, c'est le sentiment de *qiqing*.

Avec radical grain, nous avons *jing* (R978) : 精 quintessence, substrat fondamental.

Zhuo, trouble (mélangé), 濁, (R1066)

A côté du radical de l'eau, nous avons un insecte, un ver. Au-dessus, nous avons la chenille (avec un gros œil) dont le corps se déploie.

Au total, *zhuo* évoque de l'eau avec des vers, c'est-à-dire un milieu trouble, mélangé où peuvent vivre et se reproduire des éléments vivants, un bouillon de culture.

Lingshu 40 [10,11]

受 <i>shou</i> Recevoir	受 <i>shou</i> Recevoir
谷 <i>gu</i> Grains	氣 <i>qi</i> Souffle
者 <i>zhe</i>	者 <i>zhe</i>
濁 <i>zhuo</i> Trouble	清 <i>qing</i> clair
« Ce qui reçoit les grains c'est le trouble.	Ce qui reçoit les Souffles, c'est le clair »
清 <i>qing</i> Clair	濁 <i>zhuo</i> Trouble
者 <i>zhe</i>	者 <i>zhe</i>
注 <i>zhu</i> Se déverser	注 <i>zhu</i> Se déverser
陰 <i>yin</i>	陽 <i>yang</i>
« Le clair de déverse dans le <i>yin</i> .	Le trouble se déverse dans le <i>yang</i> »

L'appareil digestif (trouble) reçoit les grains, le Réchauffeur Supérieur reçoit les Souffles.

Le Clair va dans les *zang*, donc vers l'intérieur et vers le bas (fonction de descente et irrigation organe par Cœur Poumon) donc vers le *yin*.

Les aliments (trouble) sont transformés, dynamisés (*yang*) par les *fu* (*yang*). Ils se déversent donc dans le *yang*.

Dans les schémas ci-dessous (schémas 1 et 2), nous avons un récapitulatif physiologique du Clair et du Trouble [11]. L'air (clair) rentre par le Poumon et se joint à l'énergie des aliments (troubles) pour former le *zongqi*.

Les aliments (trouble) sont reçus par l'Estomac. Le clair est ascensionné au Réchauffeur Supérieur. Le clair du clair est le clair qui monte. Il va donc vers les orifices supérieurs de la sensorialité, et va aussi donner le teint et la voix. Le trouble du clair descend du Poumon, vers l'extérieur dans les méridiens, vers l'intérieur dans les quatre mers. Le clair du trouble monte de l'Intestin Grêle vers le haut. Le trouble du trouble descend au Foyer Inférieur.

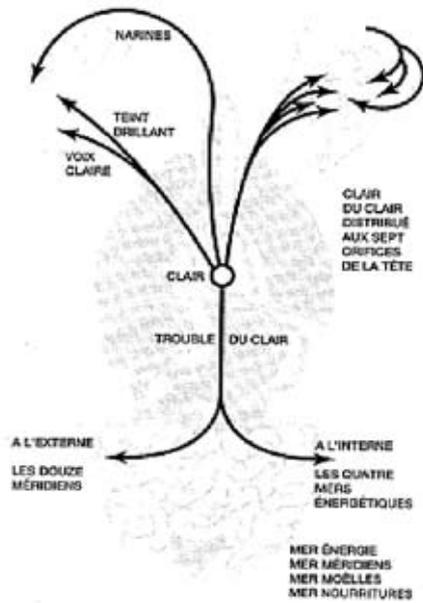


Figure 1. Physiologie du Clair et du Trouble

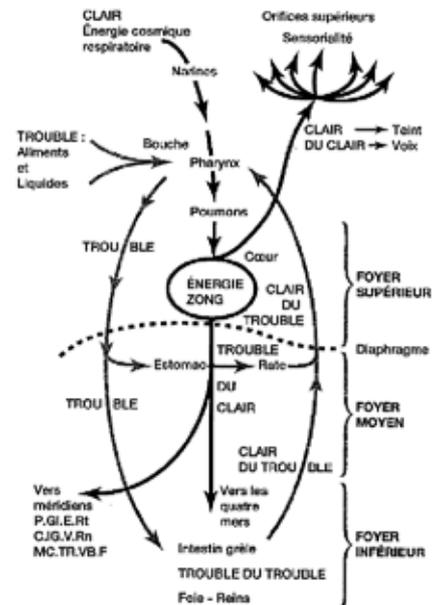


Figure 2. Physiologie du Clair

Indications de *geshu* 17V

Une synthèse des indications classiques données dans le « dictionnaire des Points » de G Guillaume et Mach Chieu [9] est présentée dans le tableau I. Le nombre de croix correspond aux occurrences retrouvées dans les différents ouvrages classiques.

Les auteurs modernes reprennent ces indications en ajoutant quelques dénominations occidentales : endocardite et angine de poitrine, bronchite et pleurésie, ulcères et cancer de l'estomac, rétrécissement de l'œsophage. Ils précisent aussi quelques symptômes rentrant dans le cadre des syndromes Sang : urticaire, prurit, insomnie.

Remarque : il n'y a pas de symptômes gynécologiques, ni urologiques, ni des membres inférieurs.

Le champ d'action du 17V se limite donc à tout ce qui est au-dessus de l'abdomen, ce qui semble logique au regard de sa situation anatomique.

En essayant de synthétiser tous ces symptômes, nous pouvons les diviser en trois groupes :

- 1) ceux qui sont en rapport avec la fonction d'échange-filtration du diaphragme :
 - soit par un reflux de l'énergie qui ne peut plus redescendre (cadre des *yuezheng*) : nausées vomisse-

ments, *shangqi* (hoquet), toux, voire épilepsie et *dian-kuang*,

- soit par une non-perméabilité du diaphragme : impossibilité de s'alimenter, éventuellement avec corps humide (l'eau ne circule plus), sensation de plénitude poitrine et d'obstruction aux côtés ;
 - soit par une perméabilité trop grande, le diaphragme ne jouant plus son rôle protecteur : reflux Sang vicié vers Cœur dans le post-partum, grand Vent avec transpiration (Vent abdominal).
- 2) Ceux en rapport avec la circulation d'énergie *wei* : sensation de froid glacial avec bâillement (le *yin* bloqué en bas et le *yang* en haut), froid diaphragme, crainte du froid, *bi* de la gorge, froid au dos et épaules, Glaires froides dans estomac, maladie de la Chaleur.
 - 3) Les plus nombreux concernent les symptômes liés au Sang : tout d'abord ceux liés à la stase de Sang. Les stases de Sang donnent des douleurs fixes, violentes, à type de piqûres, voire de coup de poignard : douleur au cœur comme des piqûres, douleur violente à la poitrine, douleurs abdominales, douleurs des flancs et ballonnements abdominaux, les amas abdominaux.

Tang Rong Chuan dit, dans « le traité sur les troubles du Sang » (*Xuezheng lun*) que « les stases de Sang au ni-

Tableau I. Synthèse des indications de *geshu*.

Signes généraux	
Sensations de froid glacial avec tremblements dus au froid, bâillements et étirements fréquents. (<i>Jiayijing</i>)	x
Crainte du froid	x
Maladie de la Chaleur sans transpiration	xxx
Absence de transpiration	x
Transpiration	xx
Corps constamment humide et douleurs au cœur	xx
Corps humide, impossibilité de s'alimenter	xx
Phlegmes glaires (+/- froides)	xxxx
Frissons et fièvre (+/- douleurs os)	xxxx
Peau, chair et os douloureux	xx
Paresthésie, paralysie de tout le corps	x
Corps lourd et souvent tiède	x
Lassitude des quatre membres	xx
Signes rhumatologiques	
<i>Zhoubi</i> (<i>bi</i> tournant) douleur tout corps	xxx
Chaleur des os (<i>guzheng</i>)	xx
Cyphose dorsale des enfants	x
Thorax	
<i>Bi</i> à la gorge	xxxx
Toux avec vomissement	xxxx
Manque de souffle avec impossibilité de rester couché	xxx
Sensation de plénitude de la poitrine et d'obstruction aux côtés	xxxxx
Distension thoracique par Vide	x
Gêne au-dessus du diaphragme	xxx
Douleur du cœur comme piquûre	xxxxx
Douleur cœur en mangeant	x
Violentes douleur à la poitrine et à l'épigastre (<i>wan</i>) (Glaires froides)	xxx
Reflux vers cœur sang vicié dans post-partum	x
Froid au diaphragme	xx
Le froid et les douleurs aux épaules et au dos	x
Rotation épaules et dos impossible	x
Abdomen	
Remontée du souffle (<i>shangqi</i>) (hoquet, etc...)	xxxxxx
Vomissements	xxxx
Bâillements	x
Dysphagie basse	xx
Douleurs dans l'abdomen	x
Douleurs costales (flancs) et ballonnements abdominaux (Vide)	xxxxxxx
Les amas (<i>jiju</i>) abdominaux ; <i>xianpi</i>	xxxxxx
Impossibilité de s'alimenter (non descente des aliments) ou inappétence	xxxxxx
Le grand vent avec transpiration (17V et 45V)	x
Syndromes Sang	xx
Psychisme	
Etat silencieux, somnolent et indolent sans désir de bouger	xxxx
Epilepsie (17 et 18V) <i>qi</i> monte et ne descend plus, <i>jing</i> le suit.	xx
<i>Diankuang</i>	x

veau des couli provoquent fièvres et frissons, (...) au niveau des jingluo et des zangfu, il y a syndrome de chaleur des os ». Il ajoute plus loin « quand les stases de Sang sont entre les jingluo et les zangfu, le corps tout entier a mal » ce que l'on retrouve dans : peau, chair et os sont douloureux, douleur de tout le corps, *zhoubi* [12].

Donc tous ces symptômes dénotent une stase de Sang qui se situe au centre de l'être comme le dit le JM Kespi, c'est-à-dire au niveau du thorax et de l'abdomen, au niveau des *zang* et des *fu* [13].

Les autres symptômes liés au Sang évoquent plus, comme le dit le JM Kespi, un Vide de Sang en périphérie : lassitude des quatre membres, insomnie, état somnolent sans désir de bouger, corps lourd, paresthésie de tout le corps.

Ces divisions sont, bien sûr, artificielles et n'ont qu'un but didactique. Certains symptômes peuvent rentrer dans plusieurs rubriques.

Au total, le 17V est indiqué :

- au niveau de la fonction échange-filtration du diaphragme, dans les reflux d'énergie et dans les problèmes de perméabilité,
- d'un blocage ou d'une insuffisance de l'énergie *wei*,
- dans les stases de Sang de l'abdomen et du thorax, avec Vide de Sang en périphérie.

On a donc une stase de Sang au centre avec Vide de Sang en périphérie, et/ou un blocage ou insuffisance de l'énergie *wei* qui ne le réchauffant plus va laisser apparaître un froid. Les reflux pouvant provenir de ces deux phénomènes. Ceci nous évoque une atteinte de deux organes : le Cœur en tant que maître du Sang et le Foie, où naît l'énergie *wei* et qui conserve le Sang.

Le 17V se présente comme un intermédiaire et un conciliateur entre le Cœur et le Foie du point de vue du Sang.

On peut dialectiser ce point avec le 17VC (*tanzhong*), qui lui régit la diffusion de l'énergie à partir du centre. Il est aussi à comparer au 10Rt, *xuehai* va aussi être indiqué dans les stases de Sang avec reflux de *qi*, mais surtout au niveau génital. Il est indiqué comme *geshu* dans certaines affections cutanées, surtout dues à la Chaleur du Sang.

Un autre point fait circuler le Sang, c'est le 32V *ci* (rang, place) *liao* (os) : celui-ci est aussi indiqué dans les stagnations de Sang mais qui se situent au niveau lombaire, uro-génital et abdominal avec souvent un froid au niveau des lombes (lombalgie avec froid aux lombes, ballonnement et stagnation en dessous du cœur, hémorroïdes, rétention urine, constipation), et un Vide d'énergie et/ou de Sang dans les membres inférieurs (froid des pieds, impotence ou faiblesse des membres inférieurs).

On rappellera l'importance de l'association de ce point avec le 43V, point dont il est dit dans les classiques qu'il soigne toutes les maladies (les 100 maladies, les 5 surmenages et les 7 blessures), toutes les sortes de Vide.

Le 17V met en mouvement le Sang, le 43V remplit les vaisseaux.



D^r Alain Huchet
1, Bd du Manoir Saint-Lô - 44300 Nantes
☎ 02 40 50 17 17
✉ alain.huchet@free.fr

Références

1. Rijik K. L'idiot chinois. Paris: Payot; 1983.
2. Institut Ricci. Dictionnaire français de la langue chinoise. Paris: Kuangchi Press; 1990.
3. Rempp C. L'articulation phrénique. Actes du congrès de l'AFA; 1999 Oct 1-3; Lille, France.
4. Schatz J, Larre C, Rochat de la Vallée E. Aperçus de médecine chinoise traditionnelle. Paris: Desclée de Brouwer; 1994.
5. Liu Frank, Liu Yan Mau. Chinese medical terminology. Hong Kong: The Commercial Press Ltd; 1980
6. Nan Jing. Traduction Unschuld. P. Berkeley: University of California Press; 1986.
7. Huang Di Nei Jing Su Wen, Traduction Husson A. Paris: ASMAF; 1973.
8. Huang Fu Mi. Zhenjiu Jia Yi Jing. Traduction André G., Milsky C. Paris: Guy Trédaniel; 2004.
9. Gao Wu. Zhen Jiu Ju Jing. 1529.
10. Ling Shu. Traduction Ming Wong. Paris: Masson; 1987.
11. Eyssalet JM. Montée des nuages, descente des pluies. Paris: Guy Trédaniel; 1998.
12. Guillaume G., Mach Chieu. Dictionnaire des points d'acupuncture. Paris: Guy Trédaniel; 1998.
13. Tang Rong Chuan. Xue Zheng Lun. Beijing: Chinese national Chinese Medicine & Medicinals Publishing Co; 1996.
14. Kespi J.M. L'Acupuncture. Paris: Maisonneuve; 1979.

Jean-Pierre Giraud

Hémicrânie

Résumé : Cette pathologie très fréquente au quotidien, se trouve envisagée sous l'angle de la médecine traditionnelle chinoise. L'auteur en précise la définition, puis envisage la sémiologie. Ainsi le diagnostic apparaît selon le critère *biaoli* (méridien ou organe) puis selon les autres paradigmes des 8 règles. Ensuite l'élargissement du diagnostic passe par une approche des muscles liés au méridien. Le traitement est abordé selon des principes généraux, les points de commande et enfin les points locaux et régionaux. **Mots clés :** hémicrânie - médecine traditionnelle chinoise - méridien - *zangfu* - muscle.

Summary: This pathology, frequent everyday, is studied by the mean of Traditional Chinese Medicine. The author specifies the definition, then considers the semiology. So, diagnosis appears according to *biaoli* criterion (meridian or organ) then according to 8 rules other paradigms. Next, diagnosis extension proceeds by muscles connected to meridian approach. The treatment is tackled according to general principles, command points and then local and regional points. **Keywords :** Hemisrania - Traditional Chinese Medicine - meridian - *zangfu* - muscle.

Introduction

L'hémicrânie est une douleur aiguë ou chronique de la moitié du crâne. Le terme est souvent amalgamé avec le mot migraine. S'il est vrai que cette dernière appartient aux hémicrânies, elle ne peut couvrir tout le sujet, loin s'en faut. Cependant les limites de cette pathologie sont parfois un peu floues. L'œil qui est partie intégrante de la face participe souvent à certaines hémicrânies.

Le sujet étant vaste, nous devons être synthétique pour, en quelques minutes, le survoler. Par contre nous essayerons d'élargir les possibilités diagnostiques et thérapeutiques ainsi que de glisser notre pratique personnelle.

Bases diagnostiques

La première question à poser nous paraît être : « *Sommes nous dans une pathologie de surface ou profonde ?* » L'examen de la langue est souvent un bon critère de choix. Une langue normale nous oriente vers une pathologie de surface ; à l'opposé une langue expressive nous précisera l'atteinte interne. Bien sûr nous pouvons avoir une langue « affreuse », fissurée, avec un enduit jaunâtre en carte de géographie et sans racine, les bords rouges et la pointe avec un piqueté violet ; mais à la question « *votre langue a-t-elle changé ces derniers*

temps ? », la réponse peut être « *mais elle a toujours été comme ça* ». Le ciel antérieur en est peut-être responsable mais ceci est hors de notre propos. A l'opposé, un interrogatoire et un pouls concordant vers un même diagnostic de certitude, une langue normale n'exclue pas celui-ci.

Les pouls me paraissent moins fiables dans l'orientation *biao-li* dans ce contexte précis, mais gardent toute leur utilité par ailleurs.

L'interrogatoire est fondamental pour classer la douleur dans le cadre des 8 règles.

Critères sémiologiques

Après la première différenciation surface-profondeur nous permettant de distinguer les atteintes de méridien des pathologies d'organes, dans la majorité des cas, nous allons essayer d'affiner le diagnostic.

Localisation :

Nosographie :

Il existe ici un rapport étroit entre les nosographies occidentale et chinoise, en particulier pour les affections de méridien ou d'expression de surface :

- pour le méridien de Vessie : la névralgie d'Arnold, une sinusite frontale, certaines irradiations de né-

vralgie faciale peuvent tout à fait correspondre topographiquement.

- Pour le méridien de Vésicule Biliaire : la migraine, certaines algies vasculaires, des céphalées de tension.

A coté d'eux d'autres méridiens [1] peuvent être mis en cause : GI, TR, IG, ES, CO, RA ; dans le méridien principal, *luo*, distinct, ou leurs muscles pour certaines atteintes otologiques, cervicalgies irradiées d'origine articulaire ou musculaire par exemple.

Des méridiens extraordinaires sont aussi concernés : VG, *yangwei*, *yangqiao*.

L'atteinte de l'extrémité céphalique permet d'évoquer un grand méridien (au sens de liaison de deux méridiens principaux). Nous parlerons alors d'atteinte de *shaoyang* et non de VB ou TR. Cette ouverture aux grands méridiens a surtout une incidence thérapeutique.

Latéralité

Beaucoup d'auteurs donnent de l'importance au côté atteint et tirent des conclusions de type Vide Plénitude, *yin yang* ; selon le sexe ceci peut être inversé. Personnellement je n'ai pas trouvé d'intérêt diagnostic, par contre nous sommes dans une pathologie unilatérale et je traite en fonction du côté atteint. Cependant une remarque me paraît utile : une hémicrânie toujours latéralisée d'un même côté évoque plus une pathologie de méridien ; à l'inverse une latéralité variable dans son expression fait plus penser à une pathologie profonde, au moins intriquée.

Vide-Plénitude

Une douleur aiguë, violente, pulsatile, avec sensation d'éclatement ne présage en rien du Vide ou de la Plénitude de celle-ci. Il est beaucoup plus opportun de se fixer par rapport à la pression. Le patient nous précise si l'appui de la main sur la zone douloureuse soulage ou non, voire aggrave la symptomatologie. Cette pression est parfois appliquée à distance, sur la nuque, la mâchoire par exemple. Souvent ces douleurs intenses nécessitent un repos allongé, alors on doit chercher si le patient est amélioré ou aggravé couché sur le côté

atteint. Nous pouvons également rechercher la position antalgique comme s'appuyer sur une main. Si la réponse est imprécise la question : « *Comment vous tenez-vous quand la douleur s'installe ?* » donne souvent la réponse. Enfin certains patients ont besoin d'un bandeau serré sur la tête. Nous sommes souvent surpris par un caractère Vide pour une douleur intense, par exemple les algies de la migraine sont le plus souvent de type Vide (dans ma pratique au moins).

Type de la douleur

Nous ne retenons que les types qui nous sont réellement utiles :

- pongitif : évoque une Stase de Sang,
- pulsatile : incite à penser à un Feu, un *yang* qui monte, une participation du Sang,
- lourdeur : témoigne de la présence de Glaires,
- paroxystique : l'orbe Foie- VB est souvent mise en cause,
- continue : les Reins collaborent fréquemment à la clinique.

Caractéristiques de la douleur

Ici ce sont de nombreux petits signes qui orientent le diagnostic :

- une douleur qui débute en fin de semaine incite à penser muscle du méridien, au moins dans son expression, ou *yangweimai* (céphalées de tension),
- une expression fronto-temporale vespérale après un travail d'étude évoque une participation de fatigue oculaire : Foie-VB, les muscles sont souvent présents ;
- les règles qui déclenchent la douleur nécessitent un traitement de l'interne ;
- le climat, en particulier le vent essentiellement froid, (mistral ou tramontane dans nos régions) ou humide (le marin) évoque soit une attaque d'origine externe soit un facteur d'entretien, alors le choix des points et la technique de traitement en dépendront ;
- les émotions déclenchantes sont à retenir dans le cas d'atteinte FO-VB essentiellement ;

- l'amélioration par l'Aspirine® doit faire penser à une composante musculaire ou articulaire, et exclue une migraine ;
- débutant après un coït souligne la faiblesse des Reins.

Bien sûr tout ceci n'est pas exhaustif.

Signes d'accompagnement

- Nausées et vomissements signent un *ni*, lui même consécutif à une attaque transverse, ou à une pathologie RA-ES. Au sujet des *ni*: parfois un phénomène en cascade fait que celui-ci génère, souvent la nuit, certains mécanismes réflexes créant des contractures cervicales à leur tour facteurs d'hémicrânie. Ces patients déclarent ces symptômes s'ils dorment en décubitus dorsal sans oreiller.
- Les selles et les urines sont également à prendre en considération : « *Quand je suis constipé un jour, les maux de tête apparaissent* » peut être interprété comme un signe de Chaleur qui va générer la céphalée et la constipation. Les urines foncent et se raréfient, là aussi la Chaleur envahit l'organisme. D'ailleurs souvent une miction claire et abondante termine la crise. Parfois cela évoque un trouble des *jinye* : un tabagisme, une nourriture trop chaude, un effort important, une ambiance chaude ou sèche déclenchent la douleur ; souvent les urines se raréfient la bouche devient sèche, la soif de boissons fraîches est parfois absente. Si les patients peuvent boire plus que de coutume ils évitent quelquefois la crise. Nous pensons que ce sont des individus en équilibre Eau-Feu toujours à la limite du point rupture, le moindre facteur de Chaleur ou Sècheresse rompt l'harmonie.
- La photophobie, le larmolement orientent vers l'orbe Foie. La sensibilité aux bruits est d'interprétation plus difficile surtout en cas d'hémicrânie de type Vide.
- Les autres signes comme : soulagé par une compresse fraîche, transpirations diurnes ou nocturnes, tête chaude corps froid, agressivité sont à interpréter classiquement.

Possibilités diagnostiques

Aidé par tous ces éléments sémiologiques nous pouvons définir les différentes orientations diagnostiques, en sachant que devant tout patient les éléments peuvent s'associer, s'imbriquer les uns aux autres.

Pour les atteintes d'organes les tableaux classiques sont [2] :

Montée de *yang* du Foie

- Feu du Foie
- Stagnation du *qi* du Foie

Chaleur-Humidité de la VB

- Stase de Sang, pour les formes Plénitude,
- Vide de *yin* ou / et *yang* des Reins pour les formes Vide.

Les Glaires s'expriment rarement de manière unilatérale, cependant il est parfois nécessaire de traiter celles-ci pour débloquer un traitement à priori correct.

Enfin la résolution d'un *ni* peut s'effectuer par l'intermédiaire du Foie, mais parfois nous le traitons de manière isolée.

Pour les atteintes de Surface c'est à dire de méridien, deux sont classiques [2] :

- Chaleur-Humidité dans le méridien de VB,
- Stagnation de Froid dans le méridien de Foie.

A côté de ceux-là divers méridiens ont un trajet passant par l'extrémité céphalique ou se terminent dans la mer des moelles et à ce titre peuvent s'exprimer par des douleurs :

- par leur trajet principal : les méridiens de Vessie, Vésicule Biliaire, Cœur, Estomac, Foie, *dumai*, *yangweimai*, *yangqiaomai*,
- par leur vaisseau *luo* : les *luo* de Estomac, Cœur, Vessie, *dumai*,
- par leur méridien distinct : les Distincts de Estomac, Vessie (se terminent au VE10), Vésicule Biliaire, Foie,
- par les muscles du méridien : Muscles liés à GI, ES, IG, VE, VB TR.

La palpation doit être systématique dans les céphalées unilatérales non pas tant du crâne, sauf à la recherche d'un point *ashi* ou d'un point d'acupuncture sensible, que tous les muscles para vertébraux, cervicaux et tho-

raciques supérieurs. Cet examen, pratiqué le patient assis sur la table d'examen le praticien situé en arrière, s'oriente essentiellement sur les apophyses transverses ou épineuses, les scalènes, les SCM, les trapèzes, les splénius, l'ATM...

Traitement

Notre diagnostic est maintenant orienté : Surface ou Profondeur ; quel organe ou méridien est en cause ; Vide ou Plénitude ; Froid ou Chaleur.

Comme nous le savons parfois la pathologie est simple, intriquée, complexe. Nous ne pouvons envisager tous les cas de figure, cependant nous allons essayer de définir quelques principes ainsi que certaines orientations.

Attitude Générale

Au cours de ces pathologies à expression unilatérale nous traitons assez souvent le méridien de manière isolée. Pour nous trouver dans ce cadre la pathologie doit n'être que méridienne, langue normale, sans orientation franche en direction d'un organe ; ou si les symptômes sont aigus afin de soulager la branche.

Mais le plus fréquemment nous associons le traitement du méridien avec un ou deux points en direction de l'organe participant.

Parfois nous traitons le *zangfu* atteint, rarement de manière isolée car un point local souligne notre désir d'action «là» précisément.

Les merveilleux vaisseaux sont abordés soit de manière isolée grâce à leur ambiance et leur symptomatologie propre, soit en cas de pathologie d'un ou de plusieurs organes nécessitant le traitement par VG ou VC.

Le *ni*, le plus souvent d'Estomac, est traité soit isolément soit avec le *zang* qui sous-tend celui-ci. Mais le traiter n'exclue pas une action locale en particulier sur le muscle du méridien.

L'utilisation des moxas sur l'extrémité céphalique n'est pas aisée, mais garde tout son intérêt pour les attaques de Froid ou des contractures, sur des points généraux ou régionaux même avec signes de Chaleur à la tête.

Les Glaires sont abordées avec des points généraux, mais aussi par les organes ou les causes qui les sous-

tendent. Des points locaux sont parfois utiles : VE3, VE8, VB5, VB8.

Choix des points

Quelques uns [3] sans tomber dans la recette, mes préférés, avec commentaires.

Les points généraux :

- PO7 : classiquement : aigu, latéral opposé ; personnellement : migraine, puncture bilatérale, féminin, facile, introduit bien un traitement de méridien.
- TR3 : tête : tout trouble à l'opposé. Très déçu par ce point dans ce contexte.
- GI4 : tous les méridiens *yang*, lié au FO3 ; congestif, avec Vide de *qi* ou de *yang*, couplé avec PO7 si la face est concernée.
- TR5 : si facteurs climatiques, si récurrent, si tension de la nuque.
- VB41 + VB20 + GI11 unilatéral : si hémicrânie avec Chaleur du haut et Froid en bas.
- RA3 : céphalées avec Glaires ; lui préférer RA2 si raideur de la nuque associée ; VE23 si le Rein paraît participer.
- RA6 : si trouble des règles associé, si le *qi* de Rate est déficient, si lourdeur locale ou générale, si vomissement glaireux concomitant.
- VE62 : si ne peut tenir sa tête pendant la crise, gêne le sommeil, irritable avant abattu après.
- FO8 : *qi Sang* avec hémicrânie, muscle, suite d'émotion, vent, larmoiement, antécédents d'hépatite.

Points de commande :

- Dans les atteintes de méridien les points de tonification ou de dispersion faits du même côté nous paraissent fondamentaux.
- Egalement les points *jing* distaux pour attirer le *qi* vers l'extrémité. Les points *shu* antiques pour disperser la Chaleur surtout (FO2, ES44, TR2, VE65... par exemple) mais aussi d'autres facteurs pathologiques.
- Les points *luo* sont plutôt décevants, sauf parfois VB37.
- Etant dans le cadre des grands méridiens nous pouvons passer pour une même action d'un méridien à l'autre. Ceci nous paraît très important par exem-

ple pour *shaoyang* VB43 est plus actif que TR3, à contrario VB38 sera moins opératif que TR10.

- Les *shu* du dos et *mu* antérieur n'ont d'action que par l'intermédiaire de l'organe.

Points locaux et régionaux :

- Les points *ashi* utiles s'ils correspondent à un point d'acupuncture, ou s'il y a des signes en particulier à l'examen de la langue (bleutée, piqueté violet).
- Point *taiyang* utile pour les mêmes signes linguaux que précédemment, point annexe du méridien *shaoyang*, si le patient se sent amélioré par son massage.

Les points des muscles liés au méridien [4] :

- Trapèzius : VE41, TR15, VB20, parfois VB21.
- SCM : GI18, GI17, TR16 (très fréquent : secrétaire, informaticien, téléphone...)
- Temporalis : VB8 et 9.
- Suboccipital : VB12, VB20, VE10.
- Semispinalis : entre VE9 et VE10, sous VE10.
- Splenius : VE11, *bailao* (2 *cun* sous VE10), en arrière TR16.
- Levator scapulae : IG15 et au-dessus (plus par un phénomène de chaîne musculaire).
- Masséter : ES6.

Ces points des muscles n'ont pas une situation très précise, mais orientent vers une zone. L'activité, les positions, les pathologies locales, la manière de se reposer orientent. Hygiène de vie et étirement complètent l'action thérapeutique.

Les points à visée articulaire :

- ATM : ES7, VB2, TR21, IG19.
- Vertébrale : point *huatuojiaji*, parfois une mobilisation est utile.

Les points spécifiques :

- VB4, VB5, VB6 : chasse le Vent, élimine la Chaleur.
- VE9 : chasse le Vent, élimine le Froid.
- VE65, VE2 : sinusite frontale plénitude. VE67, *yuyao* : forme Vide.
- ES45, ES2 ou ES3 : sinusite maxillaire Plénitude.
- ES41, ES2 ou ES3 : forme Vide + GI4.

Rythme des séances

Le bon sens est de mise, pour une névralgie d'Arnold suraiguë 2 ou 3 fois en une semaine est parfois nécessaire. A l'opposé pour une migraine évoluant depuis plus de 20 ans espacer les séances à 3 semaines me paraît raisonnable. Cependant tout choix thérapeutique qui n'a pas entraîné une modification au moins transitoire ou minime de la symptomatologie après 2 séances doit être revu et corrigé. Une amélioration progressive pour les affections chroniques semble plus durable, et alors en cas de rechute le nombre de nouvelles consultations est moindre.

Conclusion

Ce grand problème de la vie quotidienne, appelé migraine par les patients, relève de multiples facteurs étiologiques : musculaire, articulaire, digestif, idiopathique, neurologique, pathogène externe, ou interne. Notre action, si elle est bien ciblée, peut être une alternative au moins aussi efficace que diverses thérapeutiques, avec pas ou peu d'effet iatrogène. Cet exposé n'est pas exhaustif ni didactique mais plus un témoignage d'une réflexion et d'une pratique personnelle qui je l'espère vous sera utile au quotidien.



D^r Jean-Pierre Giraud
3, rue du Castillet - 66000 Perpignan
☎ 04 68 35 10 00 - 📠 04 68 35 10 71
✉ afera@wanadoo.fr

Références

1. Deadman P, Al-Khafaji M. Manuel d'acupuncture. Bruxelles: Satas; 2003.
2. Maciocia G. La pratique de la médecine chinoise. Bruxelles: Satas; 1997.
3. Soulié de Morant G. L'acupuncture chinoise. Paris: Maloine; 1972.
4. Travell JG, Simons MD. Trigger point flip charts. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 1996.

Bernard Memheld

Approche acupuncturale de la rectocolite hémorragique

Résumé : Une série de 11 patients présentant tous une longue histoire clinique ont bénéficié d'un traitement par acupuncture accompagné de règles diététiques simples. D'un point de vue énergétique la symptomatologie observée est interprétée comme étant une déficience du *yin* du Gros Intestin avec excès de *yang* ainsi qu'une déficience du *yin* du Cœur. **Mots-clés :** rectocolite hémorragique - acupuncture - syndromes des viscères.

Summary : A series of 11 patients presenting all a long clinical history profited from a treatment by acupuncture accompanied by simple dietetic rules. From an energy point of view symptomatology observed is interpreted as being a deficiency of *yin* of the Large Intestine with excess of *yang* as well as a deficiency of *yin* of the Heart. **Keywords:** rectocolite hemorrhagic - acupuncture - syndromes of the internal organs.

Introduction

La rectocolite hémorragique (RCH) est une affection inflammatoire de la muqueuse, de cause inconnue. Elle atteint constamment le rectum et s'étend de manière continue plus ou moins haut vers le caecum, respectant le grêle. Elle évolue par poussées (définition de la Société Nationale Française de Gastroentérologie).

Après une poussée, une rémission complète peut être observée, dont la durée est totalement imprévisible (quelques jours à plus de 10 ans). A chaque poussée peut apparaître une extension des lésions, aboutissant à une pancolite.

La différenciation détaillée des syndromes en MTC a été exposée par ailleurs [1].

Casuistique

J'ai traité par acupuncture onze patients, âgés de 35 à 52 ans, présentant tous une longue histoire clinique, allant de 10 à 19 ans. (Ainsi se vérifie, une fois de plus, la « règle » qui veut que l'acupuncteur soit sollicité en bout de chaîne, après toutes les tentatives allopathiques !). Tous les patients suivent un traitement médicamenteux : corticoïdes (10 – 30 mg/jour), salazopyrine, anti-spasmodiques. Ils se plaignent de douleurs à type de coliques, essentiellement au niveau du colon descendant, ainsi que

de selles fréquentes avec envie impérieuse, selles faibles en quantité, contenant des glaires et du sang. Ces selles sont accompagnées d'importantes émissions de gaz intestinaux ainsi que de douleurs anales.

La plupart du temps c'est l'ingestion d'aliments épicés ou frits, de café ou d'alcool fort qui déclenche une crise. De plus une grande partie des patients présentent une intolérance au lait. D'un point de vue psychique ces patients sont très tendus, anxieux ou facilement irritables.

Toute situation de stress, en particulier d'ordre relationnel, aggrave notablement les symptômes intestinaux.

Diagnostic en Médecine Traditionnelle Chinoise

L'état de bonne santé – parfait équilibre *yin-yang* – peut se représenter de la manière suivante (figure 1) :



Parfait équilibre *yin-yang*.

Affaiblissement du *yin* de GI.

Figure 1.

La maladie, déséquilibre permanent entre les énergies *yin* et *yang*, peut également se représenter à l'aide d'un

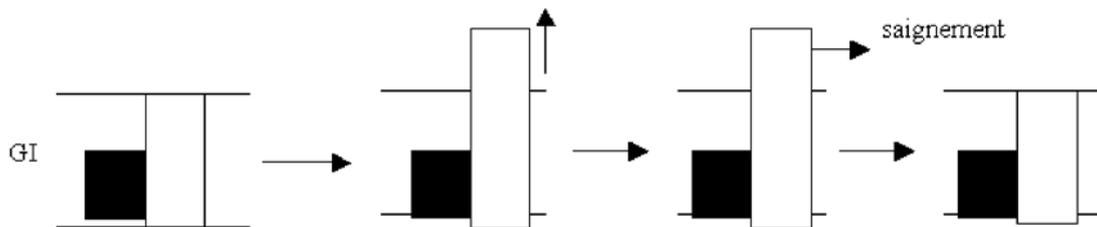


Figure 2. Élimination de la chaleur.

tel graphique, comme nous allons le voir pour la rectocolite.

Les symptômes observés nous montrent une hypersensibilité du Gros Intestin (GI) à certains aliments ainsi qu'au stress émotionnel. Or une telle hypersensibilité est une situation d'excès de *yang*, dans ce cas parce que le *yin* est trop faible pour contrôler le *yang*.

Ainsi, au stade chronique de la maladie, le Gros Intestin présente une déficience de l'énergie *yin* (figure 2).

Le *yin* étant affaibli, les facteurs irritants peuvent facilement et rapidement faire monter le *yang* provoquant douleurs, gaz et besoin impérieux d'aller à la selle. Le *yin* affaibli ne produit qu'une petite quantité de glaires, retrouvées dans les selles. Le *yin* étant dans l'incapacité de contrôler le *yang*, la chaleur va s'accumuler dans le Gros Intestin. Afin d'éliminer celle-ci l'entraille n'a qu'une possibilité : saigner pour éliminer la chaleur, d'où le sang retrouvé dans les selles (figure 2).

Par ailleurs, il est important de prendre en compte les symptômes psychiques (nervosité, irritabilité) traduisant un affaiblissement du *yin* du Cœur (C) (figure 3).

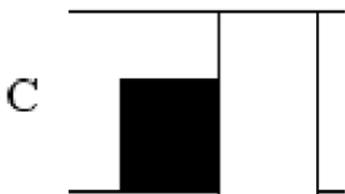


Figure 3. Influence du psychisme.

Principes du traitement et résultats

Il faut ici : nourrir le *yin* et contrôler le *yang* du Gros Intestin d'une part et nourrir le *yin* du Cœur et du Maître du Cœur, calmer le *shen* d'autre part.

Ceci nous amène au choix suivant :

- E25 (*tianshu*), point *mu* du GI.
- E37 (*shangjuxu*), point *he* inférieur du GI. En cas de symptomatologie aiguë ce point est puncturé en dispersion.
- VC12 (*zhongwan*), point *hui* des entrailles.
- P7 (*lieque*), point *luo*.
- VC4 (*guanyuan*), point de contrôle du *qi* du réchauffeur inférieur.
- GI5 (*yangxi*), point Feu du GI, élimine la Chaleur et calme le *shen*.
- VC14 (*juque*), point *mu* du Cœur.
- C5 (*tongli*), point *luo*.
- MC6 (*neiguan*), point *luo*.
- VG20 (*baihui*).

Les séances d'acupuncture sont effectuées : 2x/semaine aussi longtemps que les symptômes persistent, puis 1x/semaine pendant 2 mois, puis 1x/2 semaines pendant 2 mois, puis 1x/mois pendant 3-4 mois.

Des règles diététiques simples mais essentielles doivent être respectées : éviter le café, les aliments trop épicés, la viande rouge, les aliments crus difficiles à digérer, les agrumes. On conseillera le pain blanc et les pâtes. Les repas doivent être fractionnés.

En cas de problèmes ou de poussées en cours de traitement il convient, en tout premier lieu, de vérifier l'alimentation du patient.

En dernier lieu peut se poser le problème de la présence de cicatrices abdominales opératoires.

Celles-ci doivent alors être « débloquées » (ex. : cicatrice de césarienne qui « coupe » les méridiens du Rein, de l'Estomac ainsi que le Vaisseau Conception). Une technique simple et efficace consiste à puncturer sur le trajet du méridien touché, de part et d'autre de la cicatrice.

Pour ce qui concerne les résultats obtenus ils se sont avérés – sur cette petite série – remarquables :

Tous les patients ont notablement réduit leur consommation médicamenteuse et aucun n'a connu de poussée de rectocolite après l'arrêt du traitement par acupuncture alors que celles-ci étaient régulières auparavant chez tous ces patients et ceci malgré les traitements entrepris.



Dr Bernard Memheld
 Facharzt für Orthopädie
 Spezialiste en Chirurgie Orthopédique et
 Traumatologie (F)
 Facharzt für Orthopädie
 Sportmedizin/Physikalische Therapie/
 Chirotherapie - Akupunktur
 Lehrbeauftragter der medizinischen Fakultät

der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
 Robert-Bosch-Straße 7

D-77656 Offenburg-Elgersweier

☎/📠 0049/781 63 93 199 ✉ bernard.memheld@wanadoo.fr

Références

1. Hawawini R. Maladie de Crohn et recto-colite hémorragique en MTC. *Acupuncture & Moxibustion* 2005;4(4):292-297.
2. Lin Shi Shan, Dubuisson M. Choix des points en acupuncture traditionnelle. Forbach: Institut Yin-Yang ; 1997.

Zhao Hong, Liu Zhishun, Liu Xiaojuan

Electro-acupuncture dans le traitement des troubles de l'équilibre dus à un infarctus du cervelet ou du tronc cérébral

Résumé : Les auteurs ont traité 26 cas de troubles de l'équilibre dus à un infarctus du cervelet ou du tronc cérébral par électro-acupuncture d'août 2000 à avril 2002. Les résultats sont plutôt satisfaisants. **Mots-clés :** Electro-acupuncture - infarctus du tronc cérébral - infarctus du cervelet - troubles de l'équilibre - neurologie.

Summary : The authors treated 26 cases of dysequilibrium due to cerebellum or brain stem infarction by electroacupuncture from Aug 2000 - April 2002. The results were quite satisfactory and reported as follows. **Keywords :** Electro-acupuncture - Brain stem infarction - cerebellum infarction - dysequilibrium - neurology.

Données cliniques

Les patients inclus sont des personnes hospitalisées ou venues en consultation externe : 15 hommes et 11 femmes âgés de 42 à 68 ans (moyenne d'âge : 52 ans) avec une ancienneté de la maladie allant de 30 jours à 2 ans. Tous les patients présentent comme signes principaux une instabilité à la marche, à la position assise et des vertiges. Les signes accompagnateurs peuvent être un étranglement ou une fausse route pendant les repas, l'enrouement, l'ataxie...

L'infarctus du tronc cérébral (19 cas) et celui du cervelet (7 cas) sont diagnostiqués par IRM. Sont exclus les troubles de l'équilibre dus à une ischémie de l'artère vertébro-basilaire, les tumeurs, les inflammations ou intoxications médicamenteuses.

Méthodes de traitement

Les points utilisés : 20VG (*baihui*), 16VG (*fengfu*), 20VB (*fengchi*), point Extra *shangyintang* et HM2 (*taiyang*).

La puncture des points est bilatérale. Le 16VG (*fengfu*) est puncturé obliquement avec une aiguille de 1,5 *cun* à une profondeur de 0,5 *cun* avec des mouvements d'enfoncement et de retrait jusqu'à obtention du *deqi* puis retrait de l'aiguille. Pour le 20VG (*baihui*), le point *shangyintang* (situé à mi-chemin entre la ligne antérieure de la racine des cheveux et le point HM1 *ying*-

tang (voir figure 1) et le HM2 (*taiyang*) on utilise des aiguilles de 1,5 *cun* de longueur à une profondeur de 1 *cun* jusqu'à obtention d'une sensation de lourdeur. La puncture du 20VB (*fengchi*) se fait avec recherche du *deqi*, d'une façon oblique en direction de l'apex du nez à une profondeur de 0,8 *cun*. La stimulation électrique (courant intermittent de 80 Hz, avec une intensité tolérable pour le patient) est appliquée aux points 20VB (*fengchi*), 20VG (*baihui*) et HM2 (*taiyang*) pendant 30 mn. Le traitement consiste en une séance par jour, 5 jours par semaine pendant 4 semaines.

Critères d'efficacité thérapeutique

La méthode Nimodipine est adoptée pour évaluation de l'efficacité thérapeutique.

85% = guérison ; 50% = efficacité notable ; 20% = amélioration ; <20% = inefficacité.

La méthode Nimodipine consiste à calculer un score en pourcentage : (score cumulatif avant traitement - score cumulatif après traitement) / score cumulatif avant traitement à 100%.

Résultats

Le score cumulatif avant traitement dans l'échelle d'évaluation posturale pour les patients atteints d'accident vasculaire cérébral est de 21,62 ± 7,18 et après traitement de 30,54 ± 4,25. L'analyse statistique

montre un $t = -8,491$ et un $p < 0,01$, avec une différence significative. Sur 26 cas, 6 patients sont guéris, 12 sont améliorés et 8 n'ont pas de résultat. Le taux d'efficacité est de 62,2%.

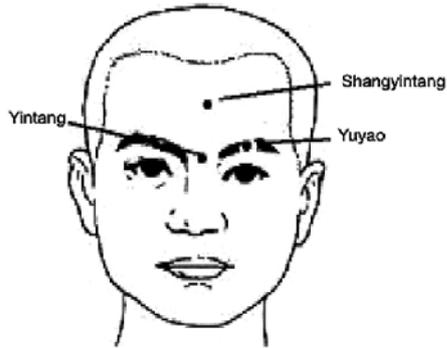


Figure 1. Situation du point *shangyintang*.



Zhao Hong

Zhao Hong 赵宏¹ Liu Zhishun 刘志顺¹ Liu Xiaojuan 刘效娟²

Références

1. Guang'anmen Hospital affiliated to China Academy of TCM, Beijing 100053.
2. Yanqing TCM Hospital, Beijing 102100.

(Traduction du chinois : Mao Shuzhang 毛树章)

Traduction de l'anglais : Dr Nguyen Trong Khanh

Article paru dans: Journal of Traditional Chinese Medicine 23(4):2003;274.

Marc Piquemal

Utilisation de la fonction de transfert sur les Vaisseaux Conception et Gouverneur

Résumé : L'étude des Bio-DDP, outil de recherche scientifique, a permis d'envisager les points d'acupuncture des méridiens Conception et Gouverneur comme des systèmes de transfert, dont il est possible d'appréhender l'équivalent électrique simplifié. L'analyse des données, suite à l'obtention de 2 systèmes de transfert, déterminés à partir des écrits de George Soulié de Morant a révélé que, sur une population de 14 personnes saines, il était possible d'envisager le *dumai* et le *renmai* comme un méridien à deux branches, situées de part et d'autre et à faible distance, de la ligne médiane axiale. La possibilité d'étudier les points d'acupuncture sous la forme de système de transfert, invite à repenser le méridien en tant qu'entité électrique régulatrice. Dans ce cas-là, le méridien interviendrait comme un procédé naturel, créé par les conditions ioniques de la biologie, permettant de faire communiquer entre eux des équivalents électriques, entités fonctionnelles enfouies au sein de la structure biologique. C'est par le truchement de la sélection de plages de fréquences, issues de l'adaptation et la redistribution des fluides de l'organisme qui s'ensuit, que ces doubles électriques fonctionnels sélectionnés pourraient participer aux mécanismes de régulations physiologiques interagissant avec leur propre support biologique. **Mots-clés :** Fonction de transfert - Bio-DDP - Vaisseau Conception - Vaisseau Gouverneur - impédance - circuit électrique équivalent.

Summary : Bio-DDP, a scientific research tool, is used to characterize some points of Governor and conception vessels as a transfer function systems. Using GV27 and CV25 as bio-DDP purveyor, it was possible to show that this two single median meridians are built on a double ribbon structure, according to George Soulié de Morant's investigation. Transfer function should be a tool for analyzing and characterizing meridian points as it point out its electrical regulating functions. Meridian should be considered more as an electrical system that behave exploring electrical equivalent systems, trapped in the biological matter, according to ionic fluctuation and natural physiological changes due to environment moves. There is some evidence that one of the medium used by meridian to carry out its regulating function is to see biological structure as an equivalent electrical circuit and to act upon. This electrical equivalent circuit is not definitively fixed but rather changing according to previous change in physiology. Interaction between biological support responsible of the electrical distribution and equivalent circuit exited by meridians should be one of the way of understanding acupuncture regulation.

Keywords : Transfer function - Bio-DDP - Governor and Conception vessels - Impedance - Equivalent electrical circuit.

Introduction

Dans un bon nombre de manuel traitant de l'acupuncture, il est fait état de méridiens pairs, symétriques sauf pour les méridiens *dumai* et *renmai*. Or dans son traité, « L'acupuncture chinoise », George Soulié de Morant souligne, après recherches, que ces deux méridiens uniques, axiaux sont, en réalité, dédoublés. Ils constituent deux cercles unis entre eux par un continuum énergétique, avec des zones de passage situées à chacune de leurs extrémités.

Le présent travail se propose de voir si, du point de vue électrique, en mesurant les Bio-DDP, il serait possible de montrer le dédoublement de ces deux réseaux énergétiques.

Matériel et méthode

Matériel

Une cage de Faraday, simple servira de base de travail, afin de limiter la pollution électromagnétique et celle très forte, du 50 Hz domestique.

Une carte d'acquisition de Cyberresearch, modèle 801 en mode différentiel.

Un PC et logiciel d'acquisition de données.

Méthode

Le patient est allongé sur une plate-forme non conductrice, au repos dans les conditions qui servent à déterminer le métabolisme de base. Quatre électrodes sont

placées autour de la bouche, sur les points VG27 et VC25 à 3 millimètres en dehors de la ligne corporelle médiane là où sont situés traditionnellement ces points d'acupuncture.

Après un temps de repos de dix minutes, allongé, commence une première série de mesure qui s'étend sur 15 secondes. Puis un temps de repos de 20 secondes fait suite. Il est demandé de passer brusquement de la position allongée à la position assise. Temps de mesure de 15 secondes durant la transition et la stabilité obtenue, suivi d'un temps de repos de 20 secondes. La troisième étape est celle de l'orthostatisme. Le patient est invité à se lever rapidement pendant le temps de mesure qui dure à nouveau 15 secondes.

Les données sont donc recueillies pour chacun de ces trois temps sur quatre pistes.

Quelques réflexions sur l'étude du vivant basée sur l'apprentissage des circuits électriques

Lorsque l'on envisage l'étude d'un circuit électrique et de ses composants, ou parfois de l'image que l'on en perçoit (on parlera alors d'une boîte noire avec son circuit équivalent), il est important de savoir que les composants présentent des caractéristiques électriques bien différentes en fonction des fréquences utilisées pour l'explorer.

L'exploration, en matière d'électricité, consiste à envoyer un signal connu (signal d'entrée) et à comparer l'image qui nous revient (signal de sortie). La comparaison entre ces deux signaux permet de déterminer soit les composants présents soit le circuit équivalent lorsque aucun des paramètres électriques ne sont connus.

C'est cette approche que nous proposons afin de spécifier le type de transfert d'information au sein des méridiens qui sont appréhendés comme entités électriques, grâce aux bio-différences de potentiel électrique (Bio-DDP) [1-3]. La réponse d'un circuit électrique dépend de ses composants, des contacts établis entre ces composants, et de l'impédance de ceux-ci. Le changement de fréquence n'altère ni les composants ni leur connections mais affecte par contre leur impédance

ce qui permet de calculer ainsi leur caractéristiques. Cette propriété électrique qu'est le comportement sélectif face à une plage de fréquences est ce qui permet à différents systèmes de coexister physiquement sans interférer dans leurs fonctions respectives. C'est là une des forces de la Nature que d'avoir permis à une même plate-forme d'équivalents électriques de circuits biologiques variés et rassemblés dans une même unité fonctionnelle (le corps humain), de pouvoir servir des fonctions toutes aussi différentes les unes des autres sans interagir de manière aléatoire.

Le mode d'action du méridien, par l'existence de points émergents à la surface cutanée invite à penser que ces points peuvent être considérés comme des portes d'entrées et/ou de sorties de signaux émanant du corps. Chacun de ces ports de communication de la peau peut être alors défini par une fonction mathématique que l'on appelle la fonction de transfert, rapport entre le signal d'entrée et le signal de sortie. Connaissant, par tradition, le sens de propagation du signal, il est possible d'envisager, après prélèvement des signaux cutanés de deux points contiguës, de définir la fonction de transfert de ces deux systèmes électriques cutanés perçus au travers de ces deux points d'acupuncture adjacents. Une fois déterminées les fonctions de transfert de deux systèmes différents, il ne reste plus qu'à les comparer grâce à une fonction statistique nommée le coefficient de corrélation. Plus le coefficient de corrélation est proche de 1, plus les systèmes s'apparient. C'est une base de comparaison des points VC25 et VG27 qui est proposée afin de savoir s'il existe bien une double voie pour les méridiens Vaisseaux Gouverneur et Vaisseau Conception.

La fonction de transfert se divise en deux termes :

L'amplitude du signal électrique, rapport pour une fréquence donnée, entre les amplitudes du signal d'entrée et de sortie.

Le décalage de phase montrant le décalage, dans le temps, du signal de sortie par rapport au signal d'entrée.

Donc l'analyse statistique portera sur les deux aspects de la fonction de transfert.

Résultats et interprétation

Les quatre électrodes cutanées disposées de part et d'autre de la ligne axiale médiane, à la hauteur des points VC25 et VG27, enregistrent les Bio-DDP de chaque patient, durant un laps de 15 secondes. Entrecoupées d'un temps d'acclimatation de 20 secondes, trois positions spatiales sont retenues : décubitus dorsal, assis et debout.

Les données recueillies font l'objet d'une manipulation mathématique pour passer du domaine du temps à celui des fréquences. A partir de ces données nouvellement calculées, les deux signaux d'entrée et de sortie permettent de caractériser le système électrique en présence. On rappelle que le système électrique à déterminer ici suit le concept de la boîte noire. C'est à dire qu'il faut au moins deux signaux, un d'entrée et un de sortie, et un système intermédiaire qui les lie dont on ne connaîtra pas les détails de ses « composants » mais seulement l'équivalent simplifié électrique qui présente le même comportement électrique. Cet équivalent électrique simplifié se résume à des résistances et des condensateurs montés soit en parallèle, soit en série ou sous forme de combinaison des deux. Dans cet approche de l'équivalent électrique ou système de transfert, la sélection des deux signaux (entrée et sortie) suit celle préconisée par George Soulié de Morant. Elle correspond pour les signaux d'entrée à VC25 Droit et VG27 Gauche et pour les signaux de sortie à VC25 Gauche et VG27 Droit. C'est selon cette description que seront traitées les Bio-DDP en tant que système de transfert de données.

Une fois les deux systèmes électriques mathématiquement estimés, ils sont soumis à une corrélation statistique. Voici présentés les résultats des coefficients de corrélation, pour l'ensemble de la population placée en décubitus dorsal, puis en position assise et enfin debout, en fonction des deux paramètres que sont l'amplitude du système et la phase du système (tableau I). L'analyse, par l'étude de la variation du coefficient de corrélation, montre que les deux systèmes de transfert ne sont pas équivalents, ni du point de vue de l'amplitude ni du point de vue de la phase. C'est-à-dire que,

Tableau I. Résultats des différents coefficients de corrélation issus de la comparaison des systèmes de transfert (VC25 Droit-VG27 Gauche ; VG27 Droit-VC25 Gauche).

Position décubitus dorsal :

Patients	Amplitude	Phase
Sujet 1	0,808	-0,046
Sujet 2	-0,0156	0,024
Sujet 3	0,928	0,529
Sujet 4	-0,007	-0,15
Sujet 5	0,48	0,317
Sujet 6	0,9	-0,24
Sujet 7	0,018	-0,087
Sujet 8	0,18	-0,31
Sujet 9	0,35	0,157
Sujet 10	0,39	0,024
Sujet 11	0,39	-0,008
Sujet 12	0,81	0,17
Sujet 13	-0,07	0,307
Sujet 14	0,65	-0,11

Position assise :

Patients	Amplitude	Phase
Sujet 1	0,383	-0,216
Sujet 2	-0,195	-0,096
Sujet 3	0,388	-0,217
Sujet 4	0,009	-0,74
Sujet 5	0,81	-0,88
Sujet 6	0,907	0,088
Sujet 7	0,69	-0,26
Sujet 8	0,65	0,46
Sujet 9	-0,006	-0,039
Sujet 10	0,02	-0,34
Sujet 11	0,55	0,22
Sujet 12	0,5	0,45
Sujet 13	0,36	0,32
Sujet 14	0,89	0,31

Position debout :

Patients	Amplitude	Phase
Sujet 1	0,515	-0,702
Sujet 2	-0,011	0,043
Sujet 3	0,737	-0,963
Sujet 4	0,74	-0,978
Sujet 5	0,132	-0,97
Sujet 6	-0,237	0,57
Sujet 7	0,65	-0,01
Sujet 8	0,39	-0,18
Sujet 9	-0,037	0,058
Sujet 10	0,94	-0,34
Sujet 11	0,85	0,38
Sujet 12	0,57	-0,18
Sujet 13	-0,12	0,89
Sujet 14	0,95	0,85

ramené en terme de montage de composants électriques équivalents, les deux systèmes de transfert (VC25 Droit-VG27 Gauche ; VG27 Droit-VC25 Gauche) ne voient pas le corps de la même manière ! Dotés d'équivalents électriques différents, les deux montages modélisés grâce à l'analyse des Bio-DDP, objectivement n'offrent pas les mêmes fonctions à l'organisme !

Mieux encore et c'est là une des grandes difficultés soulignée au départ, ces équivalents électriques changent en fonction de la position du sujet dans l'espace : le méridien perçu du point de vue électrique, sous la forme d'un système de transfert de données est vivant ! Il ne s'agit pas du tout d'un système de transfert statique, figé dans le temps, mais bien d'un système dynamique, reflétant une adaptation permanente lorsque les conditions, dans ce cas posturales, changent ! Il était logique de s'attendre à ce phénomène, du fait que les rythmes biologiques changent avec la posture. De là, les fréquences biologiques se corrigent. Il en découle une nouvelle composition du système de transfert électrique, perçue au travers des Bio-DDP. Non pas que la biologie du corps humain ait souffert un changement de composition chimique, mais la redistribution des fluides au sein de sa structure, le changement des fréquences biologiques, provoquent une répartition différente des charges électriques en action, qu'elles soient cellulaires ou extra-cellulaires. Il existe donc une réalité électrique adaptative, un double fonctionnel, utilisant un support organique qui calque les changements physiologiques. Suite à ces changements, certains systèmes organiques deviendront « transparents » au niveau des fréquences et d'autres structures biologiques au contraire seront « perçues ». Ce mécanisme est appréhendé par la variation du coefficient de corrélation des phases entre les deux systèmes de transfert analysés, lors des trois positions. S'il y a une variation de phase, c'est que l'équivalent électrique du modèle du système de transfert a changé. Or ce modèle équivalent est composé de résistance, de condensateur ou d'une combinaison des deux. Seule, dans un système équivalent électrique, la présence de condensateur peut agir sur la phase et la modifier (avance ou retard). S'il existe une variation de

corrélation entre les phases des deux systèmes de transfert, pour un même sujet, au cours des trois changements de position, c'est que le modèle équivalent varie soit son schéma électrique de montage, soit la valeur de condensateur équivalent, soit les deux. Tout se passerait comme si les méridiens, entités régulatrices du point de vue électrique, percevaient ces adaptations physiologiques sous forme de changement d'impédance. L'impédance est une grandeur physique qui permet de caractériser un circuit équivalent électrique. C'est ce que semble montrer l'analyse des Bio-DDP à partir de laquelle il fut possible de rechercher un modèle de système de transfert électrique. Dans ce cas, le méridien pourrait être envisagé comme un moyen électrique, permettant de connecter des systèmes biologiques entre-eux, éloignés du point de vue anatomique mais impliqués dans des synergies opérationnelles. Ce procédé de régulation, créé par l'existence de charges électriques réparties de manière hétérogène au sein de la matière vivante (vaisseaux sanguins, nerf,...) ne verrait de la biologie que son aspect « équivalent électrique ». Le réseau des méridiens serait alors capable d'activer des systèmes équivalents électriques, sélectionnés par le truchement de la répartition des fluides de l'organisme et des fréquences qui y sont associées. Ces entités électriques fonctionnelles invisibles sont à la fois générées et prisonnières de la composition et la géométrie de l'organisation biologique (cellules, tissus,...). Ces doubles électriques du plan biologique, animés par une nouvelle répartition des charges électriques, donc dotés de nouvelles fonctions (système de transfert) sont activés par la sélection de nouvelles plages de fréquence. Ils pourraient entrer en jeu de manière sélective et interagir avec leur support organique, participant ainsi sur le plan de la physiologie.

Conclusion

L'étude des Bio-DDP, outil de recherche scientifique, a permis d'envisager les points d'acupuncture des méridiens Conception et Gouverneur comme des systèmes de transfert, dont il est possible d'appréhender l'équivalent électrique simplifié. L'analyse des données, suite à l'obtention de deux systèmes de transfert, déterminés

à partir des écrits de George Soulié de Morant a révélé que, sur une population de 14 personnes saines, il était possible d'envisager le *dumai* et le *renmai* comme un méridien à deux branches, situées de part et d'autre et à faible distance, de la ligne médiane axiale.

La possibilité d'étudier les points d'acupuncture sous la forme de système de transfert, invite à repenser le méridien en tant qu'entité électrique régulatrice. Dans ce cas-là, le méridien interviendrait comme un procédé naturel, créé par les conditions ioniques de la biologie, permettant de faire communiquer entre eux des équivalents électriques, entités fonctionnelles enfouies au sein de la structure biologique. C'est par le truchement de la sélection de plages de fréquences, issues de l'adaptation et la redistribution des fluides de l'organisme qui s'ensuit, que ces doubles électriques fonctionnels sélectionnés pourraient participer aux mécanismes de

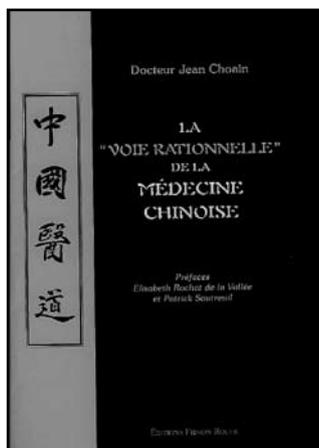
régulations physiologiques interagissant avec leur propre support biologique.



Dr Marc Piquemal
Casilla Correo 2899
Asuncion (Paraguay)
✉ bioconsulta@quanta.com.py

Références

1. Cantoni G, Pontigny J. Recherche scientifique Française et acupuncture. Paris: Maisonneuve; 1989.
2. Cantoni G, Pontigny J. Résultats de mesures de biopotentiels cutanés et leurs variations physiologiques et physiopathologiques. Méridiens. 1974;25-26:77-80.
3. Pontigny J, Pontigny A. Instrumentation et acupuncture. Paris: Maisonneuve; 1989.



«LA VOIE RATIONNELLE DE LA MÉDECINE CHINOISE»

Jean CHOAIN

Préfaces d'Élisabeth RoCHAT de Vallée et du Dr Patrick Sautreuil

Editions Frison-Roche - 2006 – 535 p
N&B et couleurs, nombreux dessins,
photos et schémas, broché ; format : 160 x
250 mm. Prix public TTC : 105 €
ISBN 2-87671-471-X

La première publication de « La Voie Rationnelle de la Médecine Chinoise » a eu lieu en 1957, il y a presque un demi-siècle. L'intérêt pour l'acupuncture grandissait en France et

l'ouvrage de Jean Choain apportait au lecteur quantités de propositions nouvelles ou différentes qui lui permettaient de relier les cultures occidentales et orientales (chinoise et indienne). C'est un ouvrage, dense et riche, écrit par un homme cultivé et passionné. Il aide à comprendre par son enseignement et cet ouvrage que le geste technique du médecin acupuncteur occidental est le lien entre deux systèmes de soins, de pensée, de culture, différents mais liés, compatibles ou complémentaires. Entrer dans la lecture de cet ouvrage, c'est s'offrir un voyage dans l'universalité humaine. C'est s'ouvrir à la richesse de notre discipline, née en Chine et maintenant mondiale.

Dr Patrick Sautreuil

Lettre à la rédaction

Parler chinois : est-ce nécessaire, est-ce suffisant ?

Bui Anh Tuan

Depuis sa parution en octobre 2004, l'article « *Parles-tu chinois ?* » de Florence Phan-Choffrut [1] a suscité plusieurs réactions, sur l'utilité ou non pour un acupuncteur de connaître et pratiquer la langue chinoise. Ce débat n'est pas nouveau. Mais c'est, à notre connaissance, la première fois qu'il apparaît ainsi publiquement, dans les colonnes d'une revue aussi importante que « *Acupuncture et Moxibustion* ». Il faut s'en féliciter, car ce débat est incontournable. En effet aucun acupuncteur ne peut, logiquement, éviter un jour ou l'autre de se demander : *Dois-je ou non apprendre le chinois ?*

Mais si chacun a plus ou moins sa propre opinion, il n'y a jamais eu de position commune à l'ensemble des acupuncteurs. Pourtant, comment pourrions-nous être totalement crédibles s'il n'y a pas, de la part de la profession organisée, une réponse claire à une question aussi simple : *Un acupuncteur doit-il, oui ou non, connaître le chinois ?* Un tel flottement ne risque-t-il pas, actuellement^(a), de nous desservir plus ouvertement encore ? C'est pourquoi je me permets de participer également au débat, en attirant l'attention sur plusieurs faits.

Le premier est que des acupuncteurs peuvent être reconnus comme des thérapeutes tout à fait valables, bien que ne parlant ni ne lisant le chinois. La connaissance du chinois ne serait alors pas indispensable.

Pourtant, des acupuncteurs qui connaissent le chinois assurent que cela représente un « plus ». Mais ce plus diffère d'un confrère à l'autre ? Pour Florence Phan-Choffrut [1] : l'apprentissage permettrait d'« être plus proche de la pensée [chinoise] car – écrite – sans la mélodie, la comptine perd sa douceur ». Pour Philippe Castera [2], l'accès à l'acupuncture avec la langue chinoise permet d'« ajouter une saveur

incomparable, au moins pour son plaisir, et [peut-être, dit-il] pour celui des patients qui le choisissent ». Pour Pierre Dinouart-Jatteau [3], parler le chinois, même très bien, ne suffirait pas. Pour « s'approcher de la pensée chinoise », pour « être renseigné sur la culture chinoise », il faudrait même, d'après lui, « lire énormément d'ouvrages de littérature chinoise », il faudrait « lire et relire des quantités d'ouvrages littéraires, classiques et médicaux... se plonger [ainsi] dans la pensée chinoise pour parvenir à comprendre les différences qui existent entre notre pensée et celle de ce peuple qui nous a donné une conception de la Médecine tellement étrangère à la nôtre... Lorsque l'on connaît la rigueur de la langue chinoise, de sa grammaire et de la grammaire du chinois classique, lorsque l'on constate la concision des textes classiques, alors on comprend que nous sommes dans un autre monde ».

Arrêtons-nous sur l'avis de Pierre Dinouart. En tant qu'acupuncteurs, nous savons tous combien la médecine chinoise diffère de la médecine d'ici (que nous appelons communément la « médecine occidentale »), et nous savons, ou subodorons, qu'elle relève d'un « autre monde ». Mais en quoi consiste cet autre monde ? En quoi consiste la « pensée chinoise » ? Sur ces questions aussi, les avis diffèrent d'un spécialiste^(b) à l'autre. Pour un tel, cette pensée serait foncièrement « empirique ». Pour un autre, elle serait plutôt de nature « analogique ». Pour un troisième, elle serait d'inspiration « taoïste » [4]. Récemment, pour certains, elle serait plutôt d'inspiration « confucéenne » [5, 6]... Ces divergences parmi des spécialistes qui, en principe, connaissent tous le chinois, conduisent inévitablement à dire que la connaissance de la langue chinoise ne suffit pas non plus, par elle-même, pour véritablement comprendre le monde chinois et la pensée chinoise.

La connaissance de la langue chinoise apparaît ainsi comme ni nécessaire, ni suffisante, pour comprendre le monde chinois, pour comprendre la pensée chinoise, pour comprendre par là l'essence des ressorts qui, fondant les productions de cette pensée, seraient éga-

lement à la base de la médecine chinoise, à la base de l'acupuncture.



Dr Bui Anh Tuan
84, Bd de Reuilly – 75012 Paris
☎ / 📠 01 43 46 94 89
✉ buianhtuan@voila.fr

Références

1. Phan-Choffrut F. *Ni shuo bu shuo zhong wen* [« Parles-tu chinois ? »]. *Acupuncture et moxibustion* 2004;3(4):233.
2. Castera P. Entrée ou sortie de Chine ? *Acupuncture et moxibustion* 2005; 4(1):41.
3. Dinouart-Jatteau P. Entrée ou sortie de Chine ? *Acupuncture et moxibustion* 2005;4(3):169-170.

4. Strom H. Daodejing ou Dedaojing ? *Acupuncture et moxibustion* 2005;4(4):315-316.
5. Dinouart-Jatteau P. Livres reçus, Livre de la Voie et la Vertu, Daodejing à l'usage des acupuncteurs. Traduit par Henning Strom. *Acupuncture et moxibustion* 2005;4(3):240-241.
6. Dinouart-Jatteau P. Livres reçus, Leçons sur Tchouang-tseu, Jean-François Billeter. *Acupuncture et moxibustion* 2005;4(3):241.

Notes

- a. D'une part parce que, au travers de la nomenclature dite CCAM, des « experts » prétendent mettre en cause l'efficacité de notre discipline. D'autre part, parce que d'aucuns voudraient faire accroire que l'acupuncture pourrait être valablement pratiquée par des non-médecins.
- b. Spécialiste dans le sens le plus large de toute personne qui pourrait, à quelque titre que ce soit (sinologues, diplomates, long-séjournants...), être regardée comme « bien renseignée ».

Parler chinois : peut-on conclure ?

Pierre Dinouart-Jatteau

Comme le signale, à juste titre, Bui Anh Tuan « *il n'y a jamais eu de position commune à l'ensemble des acupuncteurs. Pourtant, comment pourrions-nous être totalement crédibles s'il n'y a pas, de la part de la profession organisée, une réponse claire à une question aussi simple : Un acupuncteur doit-il, oui ou non, connaître le chinois ?* ». Faut-il prendre du temps pour parvenir à une conclusion ?

Bui Anh Tuan nous montre qu'il y a des lecteurs attentifs à tous les articles parus dans la Revue, et c'est son cas.

Reprenant mes arguments, il oppose des positions de « *spécialistes* » qui disent que la « *pensée chinoise* » est « *empirique* », à d'autres affirmant qu'elle est plutôt de nature « *analogique* ». Je ne vois pas en quoi ces positions s'opposent et je pense même qu'elles se complètent.

Quant au fait qu'elle serait d'inspiration « *taoïste* » ou que récemment, pour certains, elle serait plutôt d'ins-

piration « *confucéenne* » il s'agit là d'opinions liés à des travaux récents tant de sinologues occidentaux que de Maîtres chinois d'acupuncture.

La question à débattre et à résoudre est que Bui Anh Tuan en tant qu'asiatique peut prétendre à comprendre plus facilement la pensée chinoise. Pour ma part, je reste convaincu que pour bien exercer la Médecine Traditionnelle Chinoise, il serait bon qu'à l'avenir, l'enseignement ne se cantonnât pas seulement à une connaissance des techniques et théories, mais que les futurs acupuncteurs soient aussi imprégnés de connaissance de la langue et des modes de pensée, qui distinguent la Chine de notre Occident.

C'est du moins ainsi que j'ai conçu mon enseignement, dans les années où je coordonnais le DIU de Bordeaux II.



Dr Pierre Dinouart-Jatteau
7, place de Tourny - 33000 Bordeaux
☎ / 📠 05 56 44 50 40
✉ pdinouar@numericable.fr

Un siècle d'enseignement de la médecine en Chine

Hor Ting

Avant les communistes, le système médical était très formel, mais peu productif. Les élites diplômées n'exerçaient que dans les grandes villes, le reste du pays étant le lieu d'exercice des praticiens de MTC malgré leur mauvaise réputation.

À la transmission du savoir de père en fils s'était substitué celle de maître à élève. La pratique médicale dans les cinq ports concédés aux étrangers (XIX^e siècle) ajoutée au fait que des Chinois allaient se former à l'étranger (avec une proportion importante de femmes, du jamais vu en Chine) développa l'attrait et l'implantation, au début du XX^e siècle, de la médecine occidentale, moderne et scientifique en Chine. D'ailleurs, Sun Yat Sen, fondateur de la première république chinoise en 1911, n'était-il pas un médecin formé à Hawaï ?

À la même époque, les religieux Américains, Anglais, Français et Japonais installèrent des hôpitaux, pour leurs ressortissants mais également pour la population chinoise. Dans les années 1920-1930, le gouvernement de Chang Kai Chek mit en place un enseignement conçu à l'image de celui des occidentaux. À noter qu'une partie des documents médicaux étaient des traductions d'ouvrages japonais (à l'époque, beaucoup de chinois apprennent le japonais pour mieux se former à la médecine moderne).

La prise de pouvoir par les communistes en 1949 fut contemporaine d'une dégradation de l'apprentissage de la médecine, d'une rupture avec le monde occidental, sauf avec les Soviétiques, qui avaient un excellent niveau. Mais il fallait former des médecins capables de travailler rapidement, d'où une réduction de la durée des études de 7 à 5 ans (sauf à Harbin, capitale de la province septentrionale du Heilongjiang), et la mise en place d'Écoles de santé où l'on forma un niveau intermédiaire entre infirmière (护士, *hushi*) et médecin (医生, *yisheng*) à qui on donna le nom de 医士 (*yishi*,

shi pour lettré). Il faut noter une subtilité sémantique qui ne manque pas d'intérêt : le terme pour désigner un médecin avant l'arrivée des médecins occidentaux était 医师 (*yishi*, professeur médecin). Le terme de 医生 déjà cité utilise 生 qui correspond à élève. Ce qui introduit discrètement une hiérarchie entre médecin occidental et médecin traditionnel.

Pour revenir au 医士 (*yishi*) de la révolution communiste, il pouvait faire des diagnostics, prescrire des médicaments, les vendre et faire des soins d'infirmerie. Dans le contexte révolutionnaire, la création de ce statut intermédiaire répondait à l'idéal idéologique de nivellement social. C'était aussi le germe des « médecins aux pieds nus », statut qui allait être créé au cours de la Révolution Culturelle (1966-1976). Les trois premières années de cette terrible époque correspondent à une déstructuration sociale complète. À la reprise des enseignements, on ne pouvait aller à l'université qu'après un passage de 3 ans dans la vie active, paysanne ou ouvrière. C'était l'unité de travail qui choisissait celui qui pouvait poursuivre des études et quelles études il pouvait entreprendre ! La corruption, l'omnipotence du parti ont marqué les opportunités de faire des études.

Les « médecins aux pieds nus » 赤脚医生 (*chijiao yisheng*) avaient un apprentissage de 6 mois à temps complet, et, de temps en temps, des semaines supplémentaires de formation. Ils n'avaient pas de rétribution pour cette activité de soignant, si ce n'est un cumul de points qui se transformait en rémunération si la récolte de la ferme collective avait été bonne ! Un équivalent de ces médecins de campagne existait parmi les ouvriers, mais il n'eut pas de réel impact en ville. Quelle était la place des deux médecines dans la formation des médecins aux pieds nus ? Ni totalement l'une ou l'autre mais un peu de deux, les éléments les plus efficaces des deux médecines donnés en même temps. Quant aux aiguilles, on pique quand on a pas autre chose de plus efficace ou que c'est le seul moyen disponible (dans un contexte économique de grand dénuement).

Les personnes qui ont eu leur formation professionnelle à cette époque, et qui étaient l'élite de la société (学员 *xueyuan*), sont depuis la chute de la « Bande des

quatre » (1976) considérés comme médiocres, à l'image de leur formation : pas de contrôle à l'entrée dans les études, mauvais en mathématiques mais sachant par cœur des citations du « Petit livre rouge » de Mao !

Il y eut une tentative de « souder » les deux médecines, avec la création de facultés de médecine nouvelle : 新医学院 *xinyi xueyuan*. Cela dura deux ou trois ans et prit fin vers 1970. Cela ne s'était pas généralisé.

À partir de 1977, tout redevint normal. Les études de médecine duraient 5 ans... avec entraînement militaire. Les étudiants étudiaient comme des fous, car ils appréciaient davantage la chance qu'ils avaient de pouvoir apprendre.

Les formations sont de 5 ans +/- 2 ans dans certaines facultés pour la médecine occidentale avec un canevas équivalent pour la Médecine Traditionnelle.

Dans les facultés de médecine occidentale (西医学院, *xiyi xueyuan*), la proportion d'enseignement de MTC est de 15 à 20 % et la tendance est à la diminution. Dans les facultés de MTC (中医学院, *zhongyi xueyuan*), la médecine occidentale représente 50 % et cette proportion est orientée à la hausse. Le niveau pour entrer à la faculté de médecine traditionnelle est moins élevé que celui pour entrer à la faculté de médecine occidentale. Une fois diplômés, ceux qui ont fait la formation de médecine traditionnelle alors qu'ils auraient souhaité suivre celle de médecine occidentale pratiquent plutôt cette dernière, ce qui leur est facilité par une formation en bonne partie dans ce domaine ! Deux éléments viennent modérer cet aspect des choses : les praticiens les plus renommés en MTC sont invités à l'étranger (Eu-

rope, Amérique du Nord) et les retombées financières de cette renommée sont très nettement à l'avantage de la MTC ; la réputation de la MTC en Occident cautionne cette discipline*.

Actuellement le partage de la santé en Chine, c'est 70 % pour la médecine occidentale, 25 % pour la MTC et 5 % pour les autres (principalement la médecine Traditionnelle Tibétaine).

En ce qui concerne les minorités, elles sont favorisées. Par rapport aux élèves normaux, le seuil d'entrée est moins élevé, et les bourses plus importantes. Il existe des instituts de recherche sur les médecines chez les minorités, mais très souvent avec un esprit scientifique, comme pour la Médecine Traditionnelle Chinoise.



Hor Ting
Palaiseau (91)
Spécialiste d'Éthno-anthropologie médicale
Auteur, en 2004, d'une thèse de doctorat à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales : « La Médecine Chinoise en France observée par un Chinois entre 1993 et 2003 ». Essai anthropologique sur ses aspects traditionnels en rapport avec l'image de la Chine en Occident.

Propos recueillis par Patrick Sautreuil

* Cela rappelle l'effet, en Chine, de la parution du « Précis de la Vraie Acupuncture » par George Soulié de Morant, à Paris, en 1934. Elle avait secouru une MTC menacée de disparition en Chine. Ses défenseurs demandant pourquoi abandonner ces pratiques dans le pays où elle étaient nées alors que les étrangers en découvraient les vertus ? (Patrick Sautreuil)

Electroacupuncture addiction à l'héroïne et endorphines

Jean-Marc Stéphan

Le protocole de sevrage des addictions à l'héroïne du professeur Nguyen Tai Thu décrit dans le numéro précédent par Pierre Moal, s'appuie sur l'intérêt de l'utilisation des dosages des bêta-endorphines comme moyen

de suivi ou de guérison de la toxico-dépendance [1]. Quelle en est la problématique ?

La déplétion des endorphines suite à la prise d'héroïne

Notre organisme utilise naturellement des substances similaires aux opiacés comme neurotransmetteurs. Il s'agit des bêta-endorphines, des enképhalines, des endomorphines et de la dynorphine, que l'on désigne souvent sous l'appellation d'opioïdes endogènes. Les effets très puissants des opiacés comme l'héroïne ou

la morphine s'expliquent par le fait que ces substances exogènes vont se fixer sur les mêmes récepteurs que nos opioïdes endogènes. Les opiacés freinent entre autres, les cellules de l'hypophyse qui sécrètent de la bêta-endorphine. De ce fait, le sevrage des opiacés, par exemple de l'héroïne (naturellement présente dans l'opium, suc du pavot somnifère, *papaver somniferum*, voir figure 1) produit au bout de deux jours une augmentation statistiquement significative des endorphines [2].



Figure 1. Fleurs de pavot

Un usage quotidien d'héroïne engendre donc une diminution importante de la production des bêta-endorphines par activation des récepteurs opioïdes μ (mu) et κ (kappa). Une étude a montré que le sevrage, la prise de naloxone ou la désintoxication par méthadone (agoniste des récepteurs opioïdes μ , mu) la fait remonter [3]. Wen et coll. en 1979 objectivèrent que l'électroacupuncture associée à la naloxone chez les héroïnomanes entraînait une élévation dans le sang de 130% de l'ACTH, de 83% du cortisol et de 24% de l'AMP cyclique par rapport au début du traitement, mais cette augmentation des dosages n'était pas corrélée avec une amélioration des symptômes de sevrage. Ils en concluaient que la stimulation des endorphines par l'électroacupuncture était inhibée par la naloxone [4], ce que l'on savait déjà grâce aux études de Pomeranz et coll. en 1976 [5], Sjolund et coll. [6] en 1977 ou Mayer et coll. pour en citer quelques unes [7]. La naltrexone est comme la naloxone un antagoniste des opiacés. Elle agit par compétition avec la morphine et les opiacés sur les récepteurs μ (mu), κ (kappa) et δ (delta) localisés principalement dans le système nerveux central et périphérique. Une étude a étudié le taux des bêta-endorphines chez 21 anciens héroïnomanes prenant de façon chronique de la naltrexone. Ils en concluaient que des

taux de bêta-endorphines pouvaient s'accroître durant les traitements chroniques d'antagonistes aux opiacés comme la naltrexone [8]. On peut comprendre cela par le fait que les antagonistes aux opiacés s'opposent ici aux opiacés exogènes, comme l'héroïne, mais va aussi s'opposer à l'électroacupuncture qui libère des opioïdes endogènes, d'où l'inefficacité de l'action de l'électroacupuncture sur les syndromes de sevrage en cas de prise concomitante d'antagoniste des opiacés comme la naloxone ou la naltrexone.

Fréquences d'électroacupuncture : modèle expérimental animal

Un autre point important à souligner dans le reportage de Moal sur la technique de Tai Thu, concerne les fréquences d'électroacupuncture. En effet, l'efficacité de l'électroacupuncture à supprimer les effets de l'abstinence morphinique a été étudiée chez des rats dépendants à la morphine. Han et coll. ont démontré qu'en fonction de la fréquence basse (2 Hz) ou élevée (100 Hz) de l'électroacupuncture, l'effet diffère sur la libération des neuropeptides opioïdes endogènes [9]. L'électroacupuncture à fréquence basse (2 Hz) entraîne une libération d'enképhaline, de bêta-endorphine et d'endomorphine qui sont en relation avec les récepteurs opioïdes μ (mu) et ont la même action que la méthadone sur les héroïnomanes. Par contre, la fréquence élevée de 100 Hz libère un autre type d'endorphine : la dynorphine qui se fixe sur les récepteurs κ (kappa), d'où une action complémentaire dans le sevrage [10]. Dans ce contexte, Zhang et coll, utilisant les découvertes de Han ont permis une détoxification de 121 héroïnomanes au bout de 14 jours suite à une électroacupuncture pluri-quotidienne alternées de 2 et 100 Hz. A noter que 8 indices servaient à déterminer l'efficacité du traitement, tous cliniques (fréquence cardiaque, poids corporel, anxiété, insomnie etc..) et aucun biologique [11].

Les endorphines ne doivent pas être un marqueur du sevrage chez les héroïnomanes

De ce fait, le dosage des endorphines peut-il servir de marqueur de l'efficacité du traitement électroacupuncture et du sevrage complet ?

En 1979, l'équipe de Clement-Jones montrait ainsi que lors du sevrage des toxicomanes à l'héroïne, une élévation du taux des bêta-endorphines était objectivée à la fois dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Mais l'application de l'électroacupuncture n'élevait pas de manière statistiquement significative les bêta-endorphines par rapport au taux basal alors que les effets cliniques dus au sevrage étaient supprimés. Avant électroacupuncture, les niveaux dans le sang ou dans le liquide céphalo-rachidien de met-enképhaline n'étaient pas élevés, mais après traitement électroacupunctural, on rencontrait néanmoins une élévation des met-enképhalines dans le LCR, mais pas dans le sang [12].

En 1980, une autre étude a entrepris d'évaluer si le niveau des bêta-endorphines dans le sang ou le liquide céphalo-rachidien pouvait augmenter après électroacupuncture chez trente héroïnomanes. Aucune élévation ne fut obtenue au bout de 30 mn de stimulation. En dépit de cela, les symptômes liés au sevrage furent atténués et les auteurs concluaient que l'on ne pouvait pas exclure l'implication des bêta-endorphines dans l'action de l'électroacupuncture [13].

Tai Thu donne la valeur normale comprise entre 58 à 65 picogrammes par millilitre de sang selon la corpulence et l'ethnie. Il donne un taux de 43 pg/ml bas à l'entrée du drogué et considère le patient guéri lorsque le taux revient à 58 pg/ml. Or l'on sait depuis 1989 que la sécrétion des bêta-endorphines suit un rythme circadien et donc que le dosage varie en fonction de l'heure de 16-18 pg/ml jusqu'à 62 pg/ml à l'acrophase avec une amplitude de 6 +/-1 pg/ml [14]. D'où l'intérêt du choix de l'heure du dosage des bêta-endorphines et donc la difficulté de s'affranchir de ces données circadiennes !

Par ailleurs, le dosage des bêta-endorphines comme marqueur de la guérison, ne semble pas être le seul. Une équipe a aussi proposé en 1978 d'utiliser le dosage de l'AMP cyclique plasmatique qui diminue lors de l'électroacupuncture [15]. La mesure de la sécrétion de GH (hormone de croissance) assujettie au récepteurs B gammaergiques est altérée chez les héroïnomanes et peut être un marqueur d'une addiction persistante après deux mois d'abstinence [16]. Une étude plus récente en 2004 pré-

conise de doser l'expression des récepteurs de l'ARNm de la dopamine D4 qui est diminuée de manière persistante chez les héroïnomanes abstinents [17].

En conclusion, si l'électroacupuncture élève le taux des endorphines aussi bien dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien, cette élévation est aussi le reflet de son élévation naturelle lors de tout sevrage. Il est donc difficile d'en faire un marqueur du sevrage de l'addiction de l'héroïne par électroacupuncture.

Pour terminer, une revue systématique des études cliniques s'intéressant à l'efficacité de l'acupuncture dans les addictions aux opiacées a démontré qu'il n'y avait pas de preuve statistiquement significative de son efficacité [18]. La plupart des essais cliniques randomisés montrant une efficacité résultait des études à méthodologie non randomisée, non contrôlée et non aveugle ou provenait d'études en langue chinoise dont l'évaluation méthodologique reste difficile à apprécier. De ce fait, souhaitons que le professeur Nguyen Tai Thu réalise dans son hôpital à Hanoi un essai positif satisfaisant à tous les critères rigoureux de la méthodologie.



Dr Jean-Marc Stéphan
✉ jm.stephan@gmail.com

Références

1. Moal P. Traitement acupunctural des addictions aux opiacés à Hanoi. *Acupuncture & Moxibustion*. 2006;5(2):185-187.
2. Emrich HM, Nusselt L, Gramsch C, John S. Heroin addiction: beta-endorphin immunoreactivity in plasma increases during withdrawal. *Pharmacopsychiatry* 1983;16(3):93-6.
3. Kosten TR, Morgan C, Kreek MJ. Beta endorphin levels during heroin, methadone, buprenorphine, and naloxone challenges: preliminary findings. *Biol Psychiatry* 1992;32(6):523-8.
4. Wen HL, Ho WK, Wong HK, Mehal ZD, Ng YH, Ma L. Changes in adrenocorticotrophic hormone (ACTH) and cortisol levels in drug addicts treated by a new and rapid detoxification procedure using acupuncture and naloxone. *Comp Med East West* 1979;6(3):241-5.
5. Pomeranz B, Chiu D. Naloxone blockade of acupuncture analgesia: endorphin implicated. *Life Sci* 1976;19(11):1757-62.
6. Sjolund B, Terenius L, Eriksson M. Increased cerebrospinal fluid levels of endorphins after electro-acupuncture. *Acta Physiol Scand* 1977;100(3):382-4.

7. Mayer DJ, Price DD, Rafii A. Antagonism of acupuncture analgesia in man by the narcotic antagonist naloxone. *Brain Res* 1977;121(2):368-72.
8. Kosten TR, Kreek MJ, Ragunath J, Kleber HD. A preliminary study of beta endorphin during chronic naltrexone maintenance treatment in ex-opiate addicts. *Life Sci* 1986;39(1):55-9.
9. Han JS, Zhang RL. Suppression of morphine abstinence syndrome by body electroacupuncture of different frequencies in rats. *Drug Alcohol Depend* 1993;31(2):169-75.
10. Han JS. Acupuncture and endorphins. *Neurosci Lett* 2004;361(1-3):258-61.
11. Zhang B, Luo F, Liu C. [Treatment of 121 heroin addicts with Han's acupoint nerve stimulator]. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi* 2000;20(8):593-5.
12. Clement-Jones V, McLoughlin L, Lowry PJ, Besser GM, Rees LH, Wen HL. Acupuncture in heroin addicts; changes in Met-enkephalin and beta-endorphin in blood and cerebrospinal fluid. *Lancet* 1979;2(8139):380-3.
13. Wen HL, Ho WK, Ling N, Mehal ZD, Ng YH. Immunoassayable beta-endorphin level in the plasma and CSF of heroin addicted and normal subjects before and after electroacupuncture. *Am J Chin Med* 1980;8(1-2):154-9.
14. Iranmanesh A, Lizarralde G, Johnson ML, Veldhuis JD. Circadian, ultradian, and episodic release of beta-endorphin in men, and its temporal coupling with cortisol. *J Clin Endocrinol Metab* 1989;68(6):1019-26.
15. Wen HL, Ng YH, Ho WK, Fung KP, Wong HK, Ma L, et al. Acupuncture in narcotic withdrawal: a preliminary report on biochemical changes in the blood and urine of heroin addicts. *Bull Narc* 1978;30(2):31-9.
16. Volpi R, Gerra G, Vourna S, Vescovi PP, Maestri D, Chiodera P, et al. Failure of the gamma-aminobutyric acid (GABA) derivative, baclofen, to stimulate growth hormone secretion in heroin addicts. *Life Sci* 1992;51(4):247-51.
17. Czermak C, Lehofer M, Wagner EM, Priel B, Lemonis L, Rohrhofer A, et al. Reduced dopamine D4 receptor mRNA expression in lymphocytes of long-term abstinent alcohol and heroin addicts. *Addiction* 2004;99(2):251-7.
18. Jordan JB. Acupuncture treatment for opiate addiction: a systematic review. *J Subst Abuse Treat*. 2006 Jun;30(4):309-14.

De l'intérêt du sevrage des opiacées au Vietnam ?

Philippe Castera

J'ai été particulièrement intéressé par l'article de Pierre Moal [1] sur l'expérience du Professeur Nguyen Tai Thu concernant le sevrage des patients dépendants aux opiacés. Ceci me ramène 15 ans en arrière, époque de mon éveil à la pratique addictologique. Depuis, mon enthousiasme est persistant, mais mes a priori ont bien changé et je crois que certaines mises au point sont nécessaires.

Il existe une méthode qui donne 100% de réussite pour le sevrage des opiomanes. Elle a été inventée par les Chinois, une fois de plus. Après la révolution, le gouvernement communiste a considéré qu'il était inhumain de laisser les « camarades » dépendants dans la souffrance et a proposé de fournir la drogue à tous les toxicomanes. Des bureaux ont été ouverts et les personnes concernées sont venues s'inscrire. Au bout de quelques mois, une fois tous les citoyens « déviants » bien enregistrés, ils ont tous été envoyés en camp de rééducation et sont redevenus des citoyens « normaux ». Pas

un mort à déplorer. En effet, si le sevrage des opiacés est très douloureux, celui-ci ne fait courir aucun danger, et aboutit systématiquement à la restitution *ad integrum* des fonctions organiques du sujet, sauf contaminations HIV, HCV ou HBV, liées aux modes d'utilisation des produits. En effet les opiacés sont beaucoup moins nocifs que l'alcool ou le tabac, si on est suffisamment aisé et précautionneux.

Donc le problème est de calmer le syndrome de manque et l'évaluation du résultat doit se faire sur la qualité de vie durant la période de sevrage, et non sur le pourcentage de sevrés qui doit être proche de 100% si on est suffisamment coercitif. A ce niveau l'électro-acupuncture offre un bénéfice étonnant. Le patient en manque, qui a « la crève » et qui tient à peine debout, s'endort généralement sous l'effet du traitement et se réveille au bout de 45 minutes totalement soulagé. Ceci pour quelques heures, voire 12 heures.

Il existe de nombreuses publications sur les événements contemporains du sevrage, notamment sur les variations de l'EEG et des béta-endorphines. La plupart des spécialistes conviennent de dire que la clinique est largement suffisante à ce stade. L'intérêt est donc

purement scientifique et est faible pour le praticien et encore plus pour le patient.

Une fois résolu le manque et le patient sevré, ce qui est habituellement le cas, les problèmes commencent. Je regrette que cet aspect de la dépendance ne soit pas abordé dans l'article de Pierre Moal. En effet, si la plupart des patients sont sevrés, la plupart aussi rechutent ensuite (les deux tiers environ), quelle que soit la méthode de sevrage. Le problème n'est pas différent de celui du tabac et de l'alcool, et la moindre situation à risque a tendance à faire rechuter le patient, acupuncture ou pas.

C'est là que la substitution a trouvé son atout majeur. Opposant au départ, je dois dire que les résultats m'ont amené à reconsidérer largement ma position. Ces patients sont souvent porteurs du VHC et du VIH. Même sans cela, ils ont généralement besoin de soins constants vu leur désocialisation. La substitution a transformé ces prises en charge. Au bout de quelques années, certains patients souhaitent arrêter, et à leur rythme, selon leur volonté, le sevrage progressif se fera sans trop de difficultés.

Bref, sans faire plus long que l'article original, ce qui serait présomptueux, je me vois mal envoyer des patients au Vietnam pour un sevrage, partie la plus facile de la prise en charge, pour ensuite récupérer le patient et l'accompagner dans son chemin de vie et être uniquement « responsable » de ses galères et rechutes. Par contre, aller au Vietnam pour partager les expériences avec les équipes françaises, ou l'inverse, serait probablement éthiquement et scientifiquement beaucoup plus solide. Reste à trouver le financement... Je suis volontaire !



Dr Philippe Castera
4, rue de Fleurus - 33000 Bordeaux
✉ philippe.castera@wanadoo.fr
Coordinateur médical du réseau du Réseau Addictions Gironde (AGIR 33)

Référence

1. Moal P. Traitement acupunctural des addictions aux opiacés à Hanoi. *Acupuncture & Moxibustion*. 2006;5(2);185-187.

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



Evaluation de l'acupuncture

Le traitement par api-acupuncture est supérieur au traitement médicamenteux conventionnel dans la polyarthrite rhumatoïde

Olivier Goret

Rong Li, Lun Xin. [Clinical observation of rheumatoid arthritis treated by puncturing with wasp]. Journal of External Therapy of TCM. 2002;11(2):14-15.

Résumé

Objectif

Comparer dans la polyarthrite rhumatoïde (PR) l'efficacité de la stimulation des points d'acupuncture par le dard d'abeilles (api-acupuncture) au traitement médicamenteux conventionnel.

Plan expérimental

Essai contrôlé randomisé (ECR) api-acupuncture versus traitement médicamenteux conventionnel (antalgiques, méthotrexate ou auranofin).

Cadre de l'étude

Université de Médecine Traditionnelle Chinoise de Guangdong, province de Guangdong (Chine).

Patients

40 patients en consultation externe. *Inclusions* : 1) critères diagnostiques de la PR de l'American College of Rheumatology 1987 (tableau 1), 2) âge entre 20 et 65 ans, 3) durée de la maladie > 6 mois.

Exclusions : 1) pathologie viscérale grave, 2) épilepsie, 3) toutes allergies.

Interventions

Randomisation (méthode non décrite) en 2 groupes de 20 patients :

1) *Groupe api-acupuncture* (20 patients) : stimulation par dard d'abeille d'une association points locaux *ashi*- points distaux [voir encadré protocole].

Une séance de 10 à 20 mn tous les 2 jours, 2 séries de 15 séances séparées par une pause de 5 jours.

2) *Groupe traitement médicamenteux conventionnel* : antalgique, méthotrexate (immuno-régulateur) ou auranofin. Durée de traitement identique.

Critères de jugement

1) Echelle globale d'évaluation chinoise : évaluation selon les critères cliniques et biologiques de la conférence de Kunming 1988 (classement du patient en 4 catégories : guérison clinique, efficacité manifeste, amélioration et échec).

2) Evaluation avant et à la fin du traitement sur une échelle de 0 à 4 des critères cliniques suivants :

douleurs, tuméfactions et douleurs à la pression des articulations, force de préhension moyenne des mains, durée de la raideur matinale.

3) Evaluation avant et à la fin du traitement des critères biologiques suivants : vitesse de sédimentation (VS), facteur rhumatoïde (FR), protéine C Réactive (PCR).

4) Effets secondaires.

Résultats

Amélioration pour l'ensemble des critères dans les 2 groupes. L'efficacité de l'api-acupuncture apparaît supérieure à celle du traitement médicamenteux conventionnel ($p < 0,05$). Les effets secondaires sont moindres dans le groupe api-acupuncture.

Conclusion

La stimulation par dard d'abeille des points d'acupuncture est efficace dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde. Elle apparaît supérieure au traitement médicamenteux conventionnel et mieux tolérée.

Commentaires

Johan Nguyen a décrit dans un précédent numéro d'Acupuncture & Moxibustion la découverte par le Dr Chen de la technique d'api-acupuncture [2]. Cette technique paraît avoir en Asie un certain développement avec un nombre croissant de publications tant dans le domaine clinique que dans le domaine expérimental.

L'api-acupuncture est surtout utilisé dans les pathologies rhumatologiques [3-12], mais aussi tumorales [13] et broncho-pulmonaires [14].

La polyarthrite rhumatoïde est une indication privilégiée et semble trouver sa place parmi un grand nombre de techniques d'acupuncture [15].

Deux modalités d'application de l'api-acupuncture sont possibles :

- Le positionnement direct sur le point d'acupuncture d'une abeille tenue par une pince, le dard étant retiré immédiatement après puncture (technique du Dr Chen [2]), ou laissé en place 10 à 20 minutes comme c'est le cas dans l'étude rapportée ici [voir encadré protocole].
- soit par injection locale intra-punctuelle de venin d'abeille [7].

Les auteurs excluent tout patient allergique et réalisent un test de tolérance avec une puncture unique, le nom-

bre de puncture est augmenté progressivement à chaque séance (voir protocole).

Tous les patients du groupe api-acupuncture ont pu subir l'intégralité du traitement avec dans 3 cas des incidents jugés mineurs (fièvre, réactions cutanées locales). Dans le groupe traitement médical conventionnel, on a observé 9 cas d'incidents (troubles digestifs, bouche sèche, rougeur) dont 2 cas graves nécessitant l'arrêt du traitement. Dans tous les cas, les auteurs recommandent la plus grande prudence et vigilance dans la prévention du risque allergique en respectant strictement le protocole.

L'api-acupuncture paraît avoir une double action :

- mécanique par la puncture du dard. De plus, pour l'auteur, l'api-acupuncture provoque une tuméfaction et une rougeur équivalente à celle induite par la moxibustion (technique de base dans les protocoles de la PR [15]).
- et biochimique spécifique qui a été bien mise en évidence par un essai contrôlé randomisé coréen récent [16,17] comparant l'api-acupuncture à la simple chimiopuncture de sérum salé dans la PR.

Sur le plan expérimental, l'api-acupuncture a montré son efficacité sur l'arthrite expérimentale [17], sur la neuropathie sciatique expérimentale [18] et sur la dou-

Tableau I. Critères diagnostiques de l'American College of Rheumatology (ACR) 1987 [1].

Critères de classification de l'ACR	
Pour être classé « Polyarthrite Rhumatoïde », le rhumatisme doit satisfaire à 4 des 7 items suivants :	
<p>1. Raideur matinale* Déroutillage matinal articulaire et périarticulaire d'au moins 1 h.</p>	<p>4. Arthrites symétriques* Atteinte bilatérale simultanée des articulations. L'atteinte bilatérale des IPP, MCP et MTP est acceptable, même en l'absence de symétrie parfaite.</p>
<p>2. Arthrites d'au moins 3 articulations* Gonflement simultané d'au moins 3 articulations, observé par un médecin, par hypertrophie des tissus mous ou par épanchement (et non par hypertrophie osseuse). Les 14 sites articulaires possibles sont les inter phalangiennes proximales (IPP), métacarpo-phalangiennes (MCP), poignets, coudes, genoux et métatarsophalangiennes.</p>	<p>5. Nodules rhumatoïdes Nodules sous-cutanés constatés par un médecin, sur les crêtes osseuses, les faces d'extension, ou périarticulaires.</p>
<p>3. Arthrites touchant la main* Gonflement (selon la définition ci-dessus) d'au moins une articulation parmi les poignets, les MCP et les IPP.</p>	<p>6. Facteur rhumatoïde dans le sérum Présence d'un facteur rhumatoïde à titre élevé, par toute technique donnant un résultat positif chez moins de 5 % de la population normale.</p>
<p>* Ces critères doivent être présents depuis au moins 6 semaines.</p>	<p>7. Lésions radiologiques Lésions typiques de la PR sur les radios des mains et des poignets, paume contre plaque : érosions osseuses, déminéralisation en bande indiscutable.</p>

leur viscérale provoquée chez les rats [19]. Ces études ont montré que l'api-acupuncture ne faisait pas intervenir les récepteurs endorphiniques (action non inhibée par la naloxone [18,20,21]), ni les alpha 1 adrénorécepteurs (action non inhibée par la prazosine [21]), ni les bêta adrénorécepteurs (action non inhibée par le propranolol [21]). Par contre, elle semble faire intervenir les alpha 2 adrénorécepteurs son action étant inhibée par la yohimbine [20].

L'auteur de l'étude rattache l'effet de l'api-acupuncture à la présence dans le venin d'abeille de divers polypeptides (MCD, apamine et méllittin) à action anti-inflammatoire, MCD et méllittin ayant une action 100 fois plus forte qu'une dose équivalente d'hydrocortisone. L'essai semble donc montrer l'intérêt de l'api-acupuncture dans la PR comparé au traitement conventionnel médicamenteux. Le traitement médicamenteux utilisé dans cet essai comporte l'association d'antalgiques, de méthotrexate (immuno-régulateur) ou d'auranofin (sels d'or). Il apparait cohérent par rapport aux recommandations occidentales qui le préconisent le plus précocement possible [22].



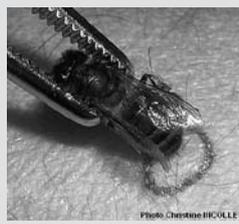
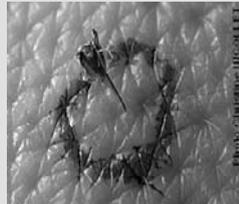
Dr Olivier Goret,
30, Avenue Gabriel Péri - 83130 La Garde.
✉ goret.olivier@wanadoo.fr

Références

- Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1988;31:315-24.
- Nguyen.J. « L'Apipuncture » dans la Médecine Traditionnelle Chinoise. *Acupuncture & Moxibustion.* 2002;1(1-2):75.
- Xu Jie et al. [86 cases of rheumatic and rheumatoid arthritis treated by acupuncture with bee sting based on the channel and points with zi wu liu zhu]. *Yunnan Journal of Tcm and Materia Medica.* 1999;20(6):10.
- Li Xi . [Care of rheumatoid arthritis treated with bee acupuncture]. *Chung Hua Hu Li Tsa Chih.* 1994;29(9):523-5 .
- Xie Hua et al. [Treating 75 cases of rheumatoid arthritis by bee stings]. *Shanghai Journal of Traditional Chinese Medicine.* 1995;6:30.
- Tang Baohua et al. [Clinical observation on 80 cases of arthralgia-syndrome treated with the therapy of acupuncture with bee sting and points]. *Yunnan Journal of Tcm and Materia Medica.* 1999;20(5):3.
- Wang Tiansheng. [Clinical observation on arthralgia aggravated by cold treated with acupoint-injection of bee venom injectio plus electric hot application]. *Chinese Acupuncture and Moxibustion.* 1999;19(3):161.
- Guan Zunhui et al. [Clinical observation of 36 cases of arthralgia-syndrome treating with bee sting]. *Yunnan Journal of Traditional Chinese Medicine.* 1990;11(5):39-41.
- Wen WQ et al. [Treatment of puerperal arthralgia by sanbi-tang jiawei combined with bee needling: a clinical observation of 42 cases]. *New Journal of TCM.* 2003;35(8):52.
- Wen WQ et al. [Treatment of 43 cases of hypertrophic arthritis of knee-joint together with bee sting and the formula of bushen huoxue]. *Beijing Journal of TCM.* 2003;22(3):13.
- Lee SH, Hong SJ, et al. [Randomized controlled double blind study of bee venom therapy on rheumatoid arthritis]. *Journal of the Japan Society of Acupuncture and Moxibustion.* 2004;54(3):85.
- Lee JD, Park HJ et al. An overview of bee venom acupuncture in the treatment of arthritis. *Evid based complement alterna med.* 2005;2(1):79-84.
- Li Wanyao et al. [Treatment of tumor by bee sting: a report of 3 cases]. *New Journal of Tcm.* 2000;32(1):28.
- Zhang Zhirong et al.[Clinical observation on treatment of 59 cases of chronic bronchitis, asthma and bronchiectasis by bee Sting]. *Jiangsu Journal of Traditional Chinese Medicine.* 1992;13(7):23.
- Goret O. Acupuncture et Polyarthrite Rhumatoïde : revue systématique. *Acupuncture & Moxibustion.* *In press.*
- Kwon YB, Lee JD, Lee HJ et al. Bee venom injection an acupuncture point reduces arthritis associated edema and nociceptive responses. *Pain.* 2001;90(3):271-280.
- Nguyen.J. L'injection de venin d'abeille au 36E réduit les symptômes de l'arthrite expérimentale chez le rat. *Acupuncture & Moxibustion.* 2002;1(1-2):74.
- Roh DH et al. Acupoint stimulation with dilution bee venom (apipuncture) alleviates thermal hyperalgesia in a rodent neuropathic pain model: involvement of spinal alpha 2 adrenoceptors. *J Pain.* 2004;5(6):297-303.
- Kwon YB et al. Antinociceptive effects of bee venom acupuncture (apipuncture) in rodent animal models: a comparative study of acupoint versus non-acupoint stimulation. *Acupunct Electrother Res.* 2001;26(1-2):59-68..
- Kwon YB et al. Visceral antinociception produced by bee venom stimulation of the zhongwan acupuncture point in mice: role of alpha 2 adrenoceptors. *Neurosci Lett.* 2001;308(2):133-7.
- Kim Hw et al. antinociceptive mechanisms associated with dilution bee venom acupuncture (apipuncture) in the rat formalin test involvement of descending adrenergic and serotonergic pathways. *Pharmacol Res.* 2005;51(2):183-8.
- Sany J. Polyarthrite rhumatoïde : de l'importance de l'évaluation pronostique initiale. *Abstract rhumatologie.* 2006;271: 9-10.

PROTOCOLE

Ce protocole a fait la preuve de son efficacité dans la polyarthrite rhumatoïde versus traitement conventionnel

A - test de tolérance	<p>Chaque patient subit un test d'allergie avant la poncture par le dard d'abeille. S'il est négatif, le patient peut-être traité.</p> <p>Il consiste à désinfecter la peau au niveau des points d'acupuncture, puis saisir à la pince le ventre de l'abeille, la placer sur le point à piquer, la retirer aussitôt et attendre 15 minutes. S'il y a une zone rouge tuméfiée d'un rayon de 5 cm sans autre réaction à distance, on peut appliquer l'api-acupuncture.</p>		
B-traitement	Mode stimulation	Durée et nombre de stimulation	Points stimulés
 	<p>Le traitement consiste à désinfecter la peau au niveau des points, saisir à la pince le ventre de l'abeille et placer la queue de l'abeille sur le point à piquer.</p>	<p>10 à 20 minutes par dard En général, on commence par une ou 2 abeilles et à chaque fois on ajoute une abeille. Le nombre d'abeilles est fixé en fonction de l'état du patient et de sa constitution. En moyenne, il y a 4 à 8 abeilles par séance.</p>	<p>points <i>ashi</i> locaux et points distaux (23V, 36E, 34VB, 11GI).</p>
	<p>Laisser le dard en place 10 à 20 minutes, puis le retirer. On peut voir à l'emplacement des points une grosse papule érythémateuse (haricot). Le patient peut ressentir localement une chaleur et une légère démangeaison sans nécessité de traitement</p>	<p>10 à 20 minutes par dard</p>	

2 séries de 15 séances à 5 jours d'intervalle, une séance tous les 2 jours de 10 à 20 minutes chacune.



Evaluation du *Qigong*

Le *qigong* est équivalent à l'exercice physique conventionnel dans le traitement de l'hypertension artérielle essentielle légère

Florence Phan-Choffrut, Annick Ronné le Verre

Cheung BM, Lo JLF, Fong DYT, Chan MY, Wong SHT, Wong VCW, Lam KSL, Lau CP, Karlberg JPE. **Randomized controlled trial of qigong in the treatment of mild essential hypertension.** *J Hum Hypertens.* 2005,19(9):697-704.

Résumé

Objectif :

Comparer l'efficacité du *qigong* à celle de l'exercice physique conventionnel dans l'hypertension essentielle modérée.

Plan expérimental :

Essai contrôlé randomisé (ECR) *qigong* vs exercice physique conventionnel.

Cadre de l'étude :

Queen Mary Hospital, Hong Kong University (Hong Kong, Chine).

Patients :

91 patients recrutés après information par voie de presse. *Critères d'inclusion* : 1) âge entre 18 et 75 ans ; 2) hypertension modérée définie par une tension systolique entre 140 et 170 mmHg et/ou une tension diastolique entre 90 et 105 mmHg lors de 3 consultations à 1 semaine d'intervalle ; 3) hypertension asymptomatique et non traitée. *Critères d'exclusion* : pathologie cardiaque sévère (antécédent d'angine de poitrine ou d'infarctus du myocarde), antécédent d'accident ischémique, hypertension artérielle secondaire,

insuffisance rénale (créatinine > 200 $\mu\text{mol/l}$), obligation de poursuivre un traitement médicamenteux hypotenseur, grossesse ou femme susceptible d'être enceinte, insuffisance ventriculaire gauche.

Interventions :

Randomisation (liste de nombre) en 2 groupes :

1. groupe *qigong* (N=47) : 22 heures de cours collectifs associés à une pratique individuelle quotidienne du *guolin qigong* (60 minutes le matin et 15 minutes le soir pendant 16 semaines [encadré]).
2. groupe *gymnastique* (N=44) : 22 heures de cours collectifs associés à une pratique individuelle quotidienne d'exercice physique conventionnel (même durée que le groupe *qigong*).

La prise de médicaments pouvant modifier la tension artérielle est interdite pendant les 16 semaines de l'étude. Les sujets sont exclus de l'étude si leur état clinique nécessite la prise de tels médicaments ou si leur tension systolique dépasse 200 mmHg ou diastolique 115 mmHg.

Principaux critères de jugement :

Evaluation avant et à la fin de traitement (16ème semaine) : 1) tension artérielle, 2) fréquence cardiaque, 3) échelle de qualité de vie (SF36), 4) échelle d'anxiété et de dépression de Beck.

Principaux résultats :

Baisse significative de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque dans les deux groupes, mais sans différence entre le groupe *qigong* et le groupe gymnastique. Amélioration significative dans les deux groupes de la qualité de vie (amélioration de l'état général, douleurs et de la vie sociale) et diminution de l'anxiété, mais sans différence significative entre les deux groupes.

Conclusion :

Le *qigong* et la gymnastique classique ont le même effet bénéfique sur l'hypertension artérielle légère. Le *qigong* ne paraît pas apporter de bénéfice additionnel, mais est une alternative à la gymnastique classique dans le traitement non médicamenteux de l'hypertension artérielle modérée.

Commentaires

L'hypertension artérielle touche plus de 20% de la population adulte en Occident ; elle est co-facteur de risque des accidents vasculaires cérébraux, d'infarctus du myocarde et d'insuffisance cardiaque. L'hypertension artérielle est actuellement définie par une pression artérielle systolique (PAS) supérieure à 140 mm HG et une pression artérielle diastolique (PAD) supérieure à 90 mm HG mesurée au cabinet médical et confirmée au minimum par 2 mesures par consultation, au cours de 3 consultations successives, sur une période de 3 à 6 mois. La prise en charge du patient hypertendu repose en Europe à la fois sur les valeurs de la pression artérielle et sur le niveau de risque cardio-vasculaire global (RCV), alors qu'aux Etats-Unis les recommandations accordent une importance aux chiffres tensionnels seuls [1,2].

Chez les sujets âgés de plus de 50 ans, une pression artérielle systolique (PAS) > 140 mm Hg est un facteur de RCV beaucoup plus important que l'élévation de la pression artérielle diastolique (PAD). Le RCV commence à augmenter à partir de 115/75 mmHg et double pour chaque augmentation de 20/10 mmHg. Chez les sujets normo-tendus à l'âge de 55 ans, le risque de développer une HTA au cours de leur vie est de 90 %. Les sujets ayant une PAS comprise entre 120 et 139 mmHg ou une PAD entre 80 et 89 mmHg doivent être considérés comme pré-hypertendus et des modifications de leur mode de vie sont conseillées afin de prévenir la survenue de maladies cardiovasculaires [3,4].

La prise en charge de l'HTA commence par l'amélioration de l'hygiène de vie : régime alimentaire équilibré avec diminution de l'apport sodé (5 à 6 g de sel/jour), activité physique d'endurance à faible niveau d'effort, diminution de la surcharge pondérale, baisse de la consommation d'alcool (25 cl de vin/jour pour les hommes et 15 cl pour les femmes) et suppression du tabac. Une correction d'une hypercholestérolémie ou d'un diabète sera également préconisée avant tout démarrage de traitement anti-hypertenseur [5].

L'exercice physique fait donc partie des recommandations [6-9]. On peut se poser la question de la place et de l'éventuelle valeur ajoutée du *qigong* dans la prise en charge de l'HTA. Cette étude menée à Hong Kong vise à y répondre.

Le *qigong* fait partie intégrante de la MTC. Son but est d'accroître et d'intensifier l'influence de la conscience sur les fonctions viscérales internes, modifiant ainsi les rapports entre système nerveux central et systèmes neuro-végétatif [10]. Il en existe de très nombreuses formes. Le *guolin qigong* est une combinaison de méditation, d'exercices respiratoires et de marches accompagnés de mouvements coordonnés des bras et une rotation du thorax [encadré]. Il a été développé dans les années 50 par Mme Guo survivante d'un cancer.

Pour comparer *qigong* et exercices physiques conventionnels, une très grande attention a été portée par les expérimentateurs sur deux points principaux :

- un temps de contact équivalent avec le moniteur dans les deux groupes ;
- une intensité des exercices équivalente dans les deux groupes (2.0 Kcal/kg de poids /heure).

Il semble donc que le *qigong* n'apporte pas de bénéfice supplémentaire par rapport aux exercices conventionnels tant sur le plan cardiaque (chiffres tensionnels et fréquence cardiaque) que sur le plan psychosocial (qualité de vie et échelles d'anxiété et dépression), mais il est fort possible que le *qigong* présente d'autres intérêts non détectés par les critères de jugement de cette étude.

L'observance (suivi des cours collectifs) est équivalente dans les deux groupes, mais la performance à la pratique évaluée par le sujet et le moniteur apparaît moindre dans le groupe *qigong* : logiquement le *qigong* est d'un apprentissage plus complexe.

Le *qigong* apparaît donc avoir sa place au même titre que les exercices physiques conventionnels dans la prise en charge des HTA.

PROTOCOLE

1- Pratique collective d'exercices de *qigong* sous la direction d'un enseignant de *guolin qigong*, 2h par semaine pendant 4 semaines, puis 1 fois par mois jusqu'en fin d'essai pour atteindre un total de 22 heures d'enseignement.

De la 1^{ère} à la 7^{ème} séance, apprentissage et pratique :

1^{ère} séance : explications et exercices d'abaissement de tension artérielle.

2^{ème} à 4^{ème} séance : exercice d'abaissement de pression artérielle et marche.

5^{ème} séance : des étirements sont ajoutés.

8^{ème} séance : révisions.

2- Pratique individuelle quotidienne de 60 minutes le matin et 15 minutes le soir pendant toute la durée de l'étude (16 semaines) : marche pendant 40 minutes, série de 8 exercices d'étirement, série de 3 exercices d'abaissement tensionnel le matin, série de 3 exercices d'abaissement de tensionnel le soir.

Guolin qigong

Le *guolin qigong* est une marche issue d'une méthode de *qigong* mise au point par Liu Guizhen appelée *xing bu gong*. Il s'agit de marcher en associant des mouvements des bras afin de chasser les perversités (*xieqi*) à une respiration spécifique qui permet de réaliser une double tonification du sang et de l'énergie (*qixue shuang bufu*).

Le but de la méthode : soutenir les souffles droits (*zhengqi*) afin d'atteindre la guérison et la longue vie. En effet le *qi* de *qigong* comprend non seulement les souffles de la respiration mais aussi les souffles droits dans le corps humain. Par la pratique du *qigong* on peut renforcer ces souffles droits qui viennent alors renforcer globalement l'état corporel, augmenter les fonctions des organes et viscères, favoriser la meilleure circulation du sang et du *qi*.

Description du mouvement : marcher en balançant les 2 bras.



Position de départ : chaque pouce appuie sur la première phalange de l'index, les paumes se mettent en forme de coque, les pieds restent écartés à largeur des épaules.

Mouvement : faire un pas de 45° à droite en pointant le talon, en même temps les bras balancent en haut à hauteur de 12VC, *zhongwan* (pas plus haut), les bras et le corps dessinent le chiffre 8 allongé, le pied se pose à plat orienté vers l'avant, ceci pour faciliter le balancement du bassin et des hanches qui vont de gauche à droite et d'avant en arrière. Le poids du corps est alors sur le pied droit, le talon du pied gauche se soulève et vient se poser à 45° à gauche, le pied se pose à plat orienté vers l'avant (afin de faciliter le balancement du bassin) et le mouvement se répète à gauche, les bras se balancent à gauche, les hanches et le bassin suivent. Continuer la marche pendant 20 minutes, ce qui représente le temps minimum d'une séance thérapeutique.

La respiration : associée à la marche, «inspir, inspir, expir, *xi, xi, xu*», il y a 2 inspirations successives et une expiration par pas.

On peut répéter 3 fois la séance en faisant observer au patient un temps de repos entre les séances, de 10 minutes au début (patient peu entraîné) puis après de 5 minutes.

Une préparation précède le mouvement : *san xuxi*, debout, pieds à écartement des épaules, mains sur *dantian* inférieur, faire 3 respirations profondes et *san kaihe* : debout, les mains collées dos à dos, écarter les bras en expirant en ajoutant un son, rapprocher les bras en inspirant, paumes face à face (3 fois).

A la fin de la séance : *san kaihe* et *san xuxi*.



Dr Florence Phan-Choffrut
parc Victor Hugo, 2 passage privé
93500 Pantin

☎ 01 48 46 68 08

✉ phan-choffrut@wanadoo.fr



Annick Ronné le Verre
Masseur kinésithérapeute DE
Professeur de *qigong*

15 rue Bouchut - 75015 Paris

☎ 01 47 34 86 30 ☎ 01 45 67 19 22

✉ arlv@wanadoo.fr

Références

1. Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique clinique: prise en charge des patients atteints d'hypertension artérielle essentielle. 2005.
2. Chiolero A, Bovet P, Burnier M. Recommandations américaines et européennes pour la prise en charge de patients hypertendus : quel impact pour la pratique ? *Med Hyg* 2003;61:1670-4.
3. Vasan RS, Larson MG, Leip EP, Kennel WB, Levy D. Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: a cohort study. *Lancet* 2001;358:1682-6.
4. Vasan RS, Larson MG, Leip EP et al. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2001;345:1291-7.
5. Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The seventh report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII). *JAMA* 2003;289:2560-72.
6. Ewing D, Irving JB, Kerr F, Kirby BJ. Static exercise in intratred systemic hypertension. *Br Heart J* 1973;35:413-21.
7. Fagard R. L'exercice physique dans la prise en charge de l'hypertension. *Bulletin OMS* 1991;69(3):271-5.
8. Kahn JF, Monod H. Modifications de la pression artérielle au cours du travail statique. *Arch Mal Cœur* 1989;82(II):17-22.
9. Tual JL. Hypertension artérielle et sport. *Cardiologie et sport*. Available from: URL: http://www.msport.net/newSite/index.php?op=aff_article&tid_article=35
10. Ribaute A, Baron B. Le «qigong» : étude théorique et pratique. Description analytique de l'exercice dit du «vol de la grue». *La revue française de médecine traditionnelle chinoise* 1987;123:(205-11).



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 :

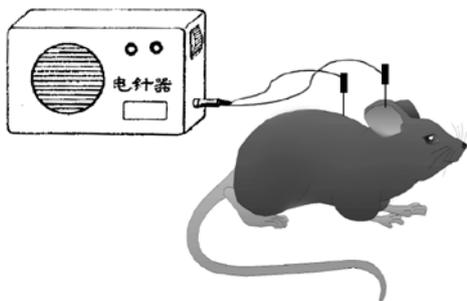
Chèque bancaire

Mandat postal International

Virement au profit du compte :

IBAN: FR76 3007 7010 01 00 0010 0147 L38

ADRESSE SWIFT: SMCTFR2AXXX



Acupuncture expérimentale

Jean-Marc Stéphan

A la recherche du substratum anatomique du point d'acupuncture

Résumé : Peut-on dire qu'il existe un substratum anatomique ou histologique bien spécifique et individualisé du point d'acupuncture ? Complexe neuro-vasculaire, complexe neuro-musculaire, magnétosome, théorie de Bonghan, tissu conjonctif sont les chapitres abordés par cette revue épistémologique qui conclut certes à une non individualisation d'une structure spécifique, mais propose une théorie mettant en jeu la mécanotransduction induite par les fibroblastes du tissu conjonctif, associée à l'intervention de récepteurs neuro-sensoriels.

Mots-clés : Points d'acupuncture - substratum histologique – complexe neuro-vasculaire - complexe neuro-musculaire – récepteurs neuro-sensoriels – tissu conjonctif – fibroblaste – mécanotransduction - théorie de Bonghan - étude épistémologique – actine – revue.

Summary : Can one say that there is an anatomical substratum or histological good specific and individualized point of acupuncture ? Neurovascular bundles, neuromuscular attachments, magnétosome, theory of Bonghan, connective tissue are the chapters approached by this epistemological review which shows certainly non-individualization from a specific structure, but proposes a theory bringing into play the mechanotransduction induced by the fibroblasts of connective tissue, associated the intervention of sensory nerve endings.

Keywords : Points of acupuncture - histological substratum - neurovascular bundles - neuromuscular attachments – sensory nerve endings - theory of Bonghan - connective tissue - fibroblast - mechanotransduction - epistemological study – actin - review.

La détermination du substratum anatomique du point d'acupuncture a ouvert la voie à de très nombreuses recherches. Dès les années 1950, Fujita remarque une analogie entre la localisation des points d'acupuncture et la topographie des éléments éruptifs des diverses maladies infectieuses comme la varicelle, la rougeole, le zona etc.. Ses observations le conduisent à noter l'apparition d'une papule au niveau du point d'acupuncture pathologique qu'il nomme « phénomène de la papule » [1]. Mais on peut considérer que la recherche du substratum anatomique a vraiment commencé avec les travaux de Bossy et Rabischong.

Les théories anatomiques ou histologiques du point d'acupuncture

Complexe neuro-vasculaire

Bossy et coll. en 1975, montraient par dissection des éléments sus-aponévrotiques que le point d'acupuncture n'avait pas une structure macroscopique spécifique. Néanmoins, un pédicule vasculo-nerveux était retrouvé dans 37 % des cas, un élément vasculaire dans 34 % des cas et un nerf cérébro-spinal dans 29 % des cas,

soit 66 % d'entre eux révélait être en rapport avec un élément nerveux [2].

En 1975, Rabischong et coll. remarquaient que le point d'acupuncture était un point de moindre résistance électrique en relation avec une épaisseur de l'épiderme, une modification des fibres de collagène du derme associées à un paquet vasculo-nerveux entouré par un réseau de fibres amyéliniques de type cholinergique et de fibres myéliniques entrelacées [3]. En 1978, Bossy préconisait que les points d'acupuncture, microscopiquement, pouvaient être en corrélation soit avec des corpuscules nerveux de type Meissner ou Pacini, soit des fuseaux neuromusculaires ou des terminaisons nerveuses libres, soit des formations glomiques. D'un point de vue macroscopique, Bossy confirmait la variabilité des éléments situés sous le point d'acupuncture et objectivait des « espèces de cheminée de tissu conjonctif contenant des petits éléments de tissu vasculo-nerveux » [4].

Une étude des capillaires sanguins et lymphatiques au niveau des points d'acupuncture de moindre résistance était réalisée chez 21 lapins par la méthode électrophorétique. La lymphomicro-angiographie montrait ainsi que les points étaient surtout situés sur les capillaires lymphatiques dérivés des bouquets lymphatiques. Les

auteurs pensaient que les points et les méridiens étaient en étroite relation avec les vaisseaux sanguins, les lymphatiques et les nerfs qui les contrôlent [5].

En 1984, Bossy pensait aussi que les paquets vasculo-nerveux du derme étaient à l'origine de l'action de l'acupuncture [6].

Odile Auziech s'était intéressée également à l'étude histologique de nombreux «points» répartis sur l'ensemble du tégument cutané, détectables grâce à leur conductance électrique sélectivement élevée, et assimilables à ceux utilisés en acupuncture. Leur détection n'était pas subordonnée à l'abondance de poils, de glandes, ni même de récepteurs spécifiques. Elle coïncidait avec la présence constante d'un agencement plus ou moins élaboré et volumineux de segments micro-vasculaires et nerveux, très réactifs et capables de transmettre des effets à distance surtout, en tant que relais sur les voies végétatives périphériques. Ces complexes furent nommée CNV pour complexe neuro-vasculaire. Pour les points d'auriculothérapie, elle notait que les observations étaient largement superposables, bien qu'avec quelques variantes [7,8].

Complexes neuro-musculaires et récepteurs neuro-sensoriels

L'étude de Liu, Varela et coll. en 1975 a établi la correspondance possible entre quelques points d'acupuncture et les moto-neurones musculaires retrouvés par électromyographie à visée diagnostique. Ainsi le 4GI correspond au premier muscle interosseux dorsal de la main ; le court abducteur du pouce correspond au PO10 ; l'abducteur du petit doigt : 4TR ; 1er muscle interosseux dorsal du pied correspond au FO3 ; le muscle splenius capitis au 20VB ; le muscle sterno-cléido-mastoïdien au 18IG etc. [9].

Gunn et coll. en 1976 pensaient plutôt que les points d'acupuncture étaient en relation avec des structures nerveuses sous-jacentes [10]. Plummer en 1979, après avoir fait une revue systématique des études macroscopiques et microscopiques observait la présence d'une branche d'un nerf sous-cutané au niveau de très nombreux points [11]. Dung en 1984, suite à ses études anatomiques sur le cadavre jugeait aussi que le point d'acupuncture était

localisé à la terminaison d'une branche neuro-musculaire des différents nerfs du corps humain. Il décrit de cette façon tous les points d'acupuncture et les replaça sur les trajets des différentes branches neuro-musculaires. Pour cet auteur, les nerfs crâniens étaient par exemple le substratum anatomique des points d'acupuncture du crâne. Au Vème nerf trijumeau, par l'intermédiaire de ses différentes branches ophtalmique, maxillaire et mandibulaire correspondrait ainsi la plupart des points d'acupuncture de Vessie, Estomac, Vésicule Biliaire (figure 1) etc. [12]. Même chose pour tous les autres points d'acupuncture du reste du corps, avec les branches des plexus brachial, cervical, thoracique, lombaire ou sacré [13,14,15,16,17].

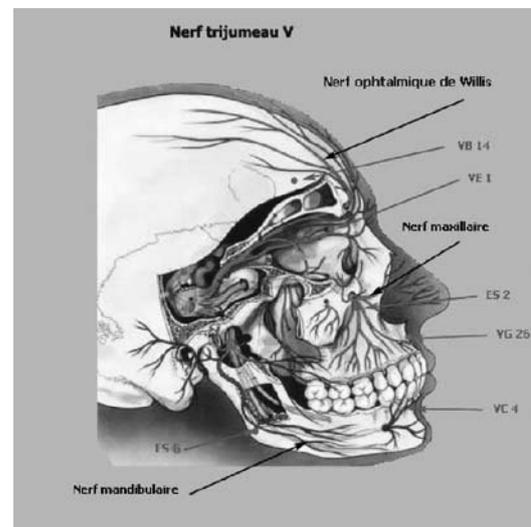


Figure 1. Correspondance entre quelques points d'acupuncture et les différentes branches du nerf trijumeau.

Une étude a identifié la présence de récepteurs sensoriels musculaires chez le singe au niveau du 36ES, 4GI associé à des fibres myélinisées de grand calibre [18]. Une autre étude chinoise en 1996 sur le 6RP objective de multiples structures à la fois nerveuses, sanguines et lymphatiques mais sans que cela soit statistiquement significatif [19]. En 1983, Lu et coll. ont montré que l'activité du point 36ES (*zusanli*) était corrélée par la distribution de nombreuses afférences de fibres myélinisées du groupe III (A δ) et surtout du groupe II (fibres A γ et essentiellement fibres A β) [20].

Li et coll. en 2004 [21] ont montré que les fibres A alpha, bêta, delta et les fibres C se terminent par des récepteurs sensoriels cutanés ou musculaires dont la distribution est étroitement associée à celle des points d'acupuncture. Cela a été mis en évidence sur les pattes postérieures de rats par corrélation entre la distribution des terminaisons nerveuses et les points d'acupuncture. Au niveau de la peau, les terminaisons nerveuses se concentrent essentiellement soit sur les sites des points d'acupuncture ou le long des méridiens. Chez vingt-sept rats, les auteurs objectivèrent que les récepteurs sensoriels musculaires (fuseaux neuro-musculaires, récepteurs de Golgi des ligaments articulaires, mécanorécepteurs sensibles à la pression) ou les récepteurs sensoriels cutanés (fibres A β , A δ et fibres C) étaient localisés sur le trajet du méridien de Vessie et celui de Rate-Pancréas ainsi que préférentiellement sur les points Hors Méridiens EX-LE12 au niveau des orteils. Les auteurs suggéraient que les points d'acupuncture pouvaient être des complexes neuro-cutané-musculaires à haute densité de terminaisons nerveuses. Kagitani et coll. confirment en 2005 ces différents travaux en montrant que la stimulation manuelle de 36ES chez le rat activait les quatre types de fibres du groupe I à IV, mais nettement moins le groupe IV [22]. En 2005, Xi et coll. injectèrent au point d'acupuncture 20VB (*refu*) un soluté à 30% de peroxydase de raifort (PR) chez cinquante rats Wistar aléatoirement divisés en 5 groupes de 10 animaux. Des sections de 40 μ m des ganglions spinaux cervicaux, de la moelle épinière cervicale et thoracique et du cerveau ont été étudiés après incubation et teinture au rouge neutre. Les auteurs retrouvèrent des neurones positifs au PR dans les régions bilatérales ou homonymes du 1^{er} au 4^{ème} ganglion médullaire cervical, de la 1^{ère} à la 4^{ème} corne antérieure de la moelle cervicale, la division ventromédiale du noyau facial et accessoirement du noyau facial ipsilatéral. De ce fait, les auteurs concluaient que par corrélation, le 20VB avait son effet en rapport avec la branche postérieure auriculaire du nerf facial, la branche antérieure des 2^{ème} et 3^{ème} nerfs cervicaux et des 1^{ère} au 4^{ème} cornes antérieures cervicales de la moelle épinière, de la division ventromédiale de noyau facial et du noyau facial accessoire [23].

Le magnétosome

Moal a découvert des amas métalliques de cristaux de magnétite (Fe_3O_4), les magnétosomes, aux points d'acupuncture [24]. La taille de ces magnétosomes est comparable à celle des virus, c'est à dire 500 Angström. Ces cristaux représentent un système de type condensateur électrique et/ou parallèlement une réserve de type « coenzyme métallique » nécessaire à toute réaction enzymatique et seraient présents de façon naturelle chez tous les individus. Moal explique que chez l'homme, le point d'acupuncture serait une réserve naturelle d'énergie, une sorte de pile ou de batterie pouvant être rechargée extérieurement par la stimulation de l'aiguille d'acupuncture. Les prélèvements opérés pour cette recherche ont été effectués sur des cadavres frais (personnes décédées depuis 24 heures environ) à la morgue du CHU de Brest. Sur les points d'acupuncture GI4, FO3, ES36, ont été prélevés superficiellement des morceaux de derme de 6 à 8mm de diamètre. Afin de les comparer aux points d'acupuncture, des points en dehors des méridiens ont également été prélevés et étudiés. Sur les trente prélèvements (dont 15 hors-méridiens) et après coloration au Perls (le fer ferrique présent dans les tissus réagit avec le ferrocyanure de potassium) ou à l'Hémalin Eosine Safran (HES), cinq se sont révélés positifs à la coloration de Perls avec apparition des grains de Fe_3O_4 en amas de couleur noire dispersés et nombreux sur les coupes d'histologie classique et en couleur jaune orange ambré à l'HES. Ces grains étaient présents dans le derme autour des glandes sudoripares. Les magnétosomes ont déjà été décrits essentiellement chez les bactéries et permettraient aux organismes vivants de s'orienter dans le temps et dans l'espace [25,26]. Par contre, il n'existe aucune autre étude permettant de confirmer l'existence des magnétosomes au point d'acupuncture.

Le réseau de Bonghan

Dans les années 1960, en Corée, Bonghan Kim a proposé la théorie de Bonghan pour expliquer la structure histologique des points et des méridiens d'acupuncture [27]. Il a décrit que les points d'acupuncture étaient des corpuscules contenant des granules *Sanal* connec-

tés à des structures filiformes intravasculaires : le réseau de Bonghan. Il s'agit d'un réseau de conduits parcourant tout l'organisme, en surface et en profondeur. Ces conduits sont intravasculaires, voire extravasculaires et constitués eux-mêmes d'un faisceau de canalicules dont la paroi est faite d'une assise de cellules endothéliales et dont la lumière contiendrait un liquide circulant différent du sang ou de la lymphe et particulièrement riche en acide désoxyribonucléique [1].

Tissu conjonctif

Certains auteurs ont suggéré une correspondance entre les points d'acupuncture et le tissu conjonctif, en particulier les fibres de collagène qui pourraient servir de voies de conduction pour les communications à travers tout le corps [28]. Déjà en 1987, Kimura et coll. observaient au microscope électronique l'action de la pénétration de l'aiguille dans le tissu conjonctif de rats, mais aussi par moxibustion. Il révélait une augmentation de la présence du nombre de lymphocytes, monocytes, mastocytes, polynucléaires neutrophiles et éosinophiles, davantage d'ailleurs des suites de la moxibustion que de l'acupuncture [29]. Rappelons que ces cellules mobiles sont partie intégrante du derme au même titre que les fibroblastes. Les mêmes auteurs en 1992 s'intéressaient à l'effet de la manipulation de l'aiguille à la recherche du *deqi*. L'analyse au microscope électronique révélait une atteinte du tissu conjonctif : fibres de collagène, fibres élastiques, fibroblastes, mastocytes et adipocytes étaient enroulés autour de l'aiguille dans le prélèvement recueilli et étudié sur la peau d'un volontaire. Par contre, les structures nerveuses étaient rarement observées. Ils en déduisaient qu'une relation fonctionnelle possible entre manipulation de l'aiguille et induction du *deqi* pouvait être responsable de la constitution anatomique du point d'acupuncture [30]. En 1996, une équipe chinoise observait au microscope que l'induction du *deqi* au point *zusanli* (36ES) chez le cobaye entraînait un enroulement des fibres du tissu conjonctif avec transformation et dislocation des structures neuro-vasculaires adjacentes. Les auteurs en concluaient que le tissu conjonctif devait être le médiateur et la base biologique de l'acupuncture [31].

Cette relation par l'intermédiaire du *deqi* entre points d'acupuncture, méridiens et tissu conjonctif servit de base aux travaux de l'équipe de Langevin, à partir de 2001 [32,33,34,35].

On le sait, la recherche du *deqi* est l'élément essentiel pour avoir un effet thérapeutique par acupuncture, et selon Langevin, c'est vraisemblablement une des clefs permettant la compréhension de son mécanisme d'action. La recherche du *deqi* est cette technique très particulière qui se présente sous deux composantes : une sensation plus ou moins douloureuse et désagréable perçue par le patient et la sensation de saisissement et de blocage de l'aiguille par la peau perçue par l'acupuncteur.

Cependant, il est à noter que les travaux espagnols d'Abad-Alegria montre, à partir de potentiels évoqués somesthésiques déclenchés par la stimulation progressive jusqu'à la sensation du *deqi* au GI4 (*hegu*), que l'effet de stimulation de l'acupuncture est en rapport avec l'intensité du stimulus appliqué. D'autre part, la sensation de *deqi* n'est pas une condition *sine qua none* pour obtenir des modifications neuro-fonctionnelles, mais malgré tout, c'est avec une recherche efficace du *deqi* que les effets acupuncturaux seront les meilleurs [36]. Langevin et al. formulèrent l'hypothèse que les effets locaux et distants de l'acupuncture peuvent s'expliquer par ce phénomène bio-mécanique. Le saisissement de l'aiguille est du à un couplage mécanique entre l'aiguille et le tissu conjonctif qui s'enroule autour d'elle. De ce fait la manipulation de l'aiguille transmet, via le signal mécanique déclenché par les cellules du tissu conjonctif, une mécanotransduction qui engendre à son tour une modification du milieu intra et extra-cellulaire avec tout son cortège de neuromodulation.

Comment Langevin et al. ont démontré cette théorie ? Ils ont utilisé un extraordinaire appareil de puncture assisté par ordinateur et servomoteurs qui a permis de puncturer, manipuler, retirer l'aiguille de manière automatique, tout en ayant la possibilité de programmer la profondeur, la vitesse de rotation. Soixante volontaires ont été étudiés avec randomisation en trois groupes : groupe NO, absence de manipulation ; groupe BI, 16 rotations alternées bi-directionnelles (horaire - anti-

horaire) ; groupe UNI, 16 rotations dans un seul sens unidirectionnel, horaire. 16 points ont été étudiés, 8 points d'acupuncture (4GI, 36ES, 6PO, 6RP, 2CO, 32VB, 11GI, 57VE), et 8 non-points situés à 2 ou 3 cm des précédents. La profondeur de puncture a été déterminée par échographie en fonction de l'épaisseur du tissu cutané de chaque point et adaptée à chaque sujet. Grâce à toute cette procédure, il est mis en évidence une augmentation de la force nécessaire au retrait de l'aiguille de 167% en cas de manipulation horaire (groupe UNI) et de 52% dans le groupe BI, comparé au groupe NO. Par ailleurs, il existe une différence statistiquement significative ($p < 0,001$) de 18% entre points d'acupuncture et non-points, bien que cette différence soit moins importante que celle entre manipulation et non manipulation [30].

Tout cela suggère une relation étroite entre manipulation de l'aiguille par recherche du *deqi* et déclenchement des événements biomécaniques en rapport avec le tissu conjonctif.

L'étape suivante pour Langevin et al. a été de démontrer que cette force de retrait du au *deqi* était bien en rapport avec le tissu conjonctif plutôt qu'avec une contraction du muscle. Ils l'ont démontré en mesurant la force de retrait de l'aiguille avec ou sans pénétration du muscle par contrôle échographique chez 60 volontaires âgés de 18 à 55 ans. Langevin et coll. ont utilisé le même protocole décrit précédemment avec le même type d'appareil. Deux localisations ont été définies : une située en région lombaire (tissu musculaire), et l'autre en région sacrée (tissu conjonctif). A été observée de manière statistiquement significative ($p < 0,05$) une augmentation de la force de retrait des aiguilles plantées dans le tissu conjonctif par rapport à celles pénétrant le muscle, et cela davantage élevée dans le groupe UNI (manipulation unidirectionnelle) que dans les autres groupes (NO et BI). Une autre partie de l'étude a consisté à étudier les coupes histologiques de tissu conjonctif prélevées sur la peau de 13 rats ayant bénéficié de l'insertion d'aiguilles, suivie ou non d'une recherche du *deqi* avec rotation unidirectionnelle. Les coupes histologiques ont révélé une augmentation sta-

tistiquement significative ($p < 0,001$) de tissu conjonctif enroulé autour de l'aiguille dans le groupe avec rotation horaire par rapport à celui sans manipulation [31].

Une autre étude toujours des mêmes auteurs a constaté l'effet de cette manipulation de l'aiguille. Sur les coupes histologiques de tissu conjonctif prélevé sur la peau de rats, on observe une déformation nette de la matrice du tissu conjonctif qui prend un aspect spiralé autour de l'emplacement de l'aiguille (figure 2). Le réseau de fibres collagène et élastique de la matrice extracellulaire est déformé en tourbillon, le tout associé à une augmentation du nombre de fibroblastes dont le cytosquelette s'épaissit par polymérisation des filaments d'actine G (globulaire) en actine F (filamenteuse). Ces observations suggèrent que le signal mécanique créé par la manipulation de l'aiguille induit donc des réarrangements du cytosquelette du fibroblaste et également dans les autres cellules présentes dans le tissu conjonctif, tels les cellules endothéliales des capillaires [32].

En 2002, Langevin et al ont formulé une nouvelle théorie audacieuse : les méridiens et les points d'acupuncture peuvent être vus comme une représentation du réseau formé par le tissu conjonctif interstitiel. Cette hypothèse fut soutenue par des images ultrasoniques montrant les plans de clivage du tissu conjonctif aux points d'acupuncture chez les sujets humains normaux. Pour évaluer cette hypothèse, les auteurs ont étudié les points d'acupuncture dans les sections anatomiques du bras humain post-mortem. Ils ont trouvé une correspondance de 80% entre les sites des points d'acupuncture et l'emplacement des plans de clivage de tissus conjonctifs intermusculaires ou intramusculaires [33].



Figure 2. Vue d'artiste de l'aspect spiralé autour de l'emplacement de l'aiguille, d'après l'image ultrasonique microscopique de Langevin [32].

Déjà, dans un article précédent, Langevin et coll. avaient démontré que le phénomène de saisissement de l'aiguille se voyait aussi bien sur les points d'acupuncture que les non-points, bien que la force de retrait était inférieure de 18% chez ces derniers. Ce qui peut sembler logique, étant donné que le tissu conjonctif est réparti à tous les niveaux du corps humain. Il restait donc à trouver pour quelle raison certains points avaient un effet de saisissement plus élevé. Langevin et coll. ont ainsi étudié les coupes anatomiques au niveau du bras. La localisation des points d'acupuncture pour les six méridiens du bras est retrouvée dans 80% des cas au niveau ou à l'intersection des plans de clivage du tissu conjonctif, tout en éliminant la probabilité du facteur chance. Et il paraît évident que des résultats similaires peuvent être obtenus au niveau des autres régions du corps, du thorax au membre inférieur où d'ailleurs, ils retrouvent par exemple un autre plan de clivage visualisé à l'échographie au point VB32, mais non visible sur un point contrôle situé à 3 cm sur le muscle vaste latéral [32].

La sensation de la propagation du *deqi*, très souvent décrite par les auteurs pourrait s'expliquer aussi comme une réponse des mécanorécepteurs à la stimulation de l'aiguille, entraînant à distance une vague de contraction du tissu conjonctif par l'intermédiaire vraisemblable de la polymérisation de l'actine des fibroblastes.

Langevin et coll. se sont largement étendus dans toutes leurs publications sur les mécanismes sous-tendant les effets physiologiques de l'acupuncture.

Pour eux, l'acupuncture n'aura un effet que par la recherche du *deqi*. La rotation unidirectionnelle de l'aiguille délivre un signal mécanique par saisissement de l'aiguille, réorganisation du tissu conjonctif en spirale autour de l'aiguille, entraînant alors une réponse cellulaire et une mécanotransduction.

En 2004, Langevin et coll. ont alors étudié les changements du cytosquelette du fibroblaste engendrés par l'étirement du tissu cellulaire sous-cutané. Cela va entraîner un large éventail de réactions cellulaires incluant mécanotransduction, expression de gène et adhérence de matrice extracellulaire par les points d'adhésion focaux. Bien que l'importance des forces mécaniques sur

la forme et la fonction de cellules soit bien établie sur les cellules en culture, on connaît très peu les effets sur les tissus *in vivo*. Dans cette étude, l'étirement de 25 % de tissu sous-cutané de souris *ex-vivo* (pendant 10 minutes à 2 h) a engendré une augmentation temps-dépendante significative du périmètre de corps du fibroblaste et de son aire de section transversale ($p < 0,01$). Au bout de 2 heures, l'aire de section transversale du corps du fibroblaste était 201% plus grand dans le tissu étiré que dans celui non étiré. Les fibroblastes dans le tissu étiré avaient un corps plus grand, en forme de feuille avec des prolongements plus courts, les lamellipodes. En revanche, les fibroblastes dans le tissu non étiré présentaient une morphologie « dendritique » avec un corps cellulaire plus globuleux et de plus longs processus. *In vivo*, on observe la même chose au bout de 30 minutes. *Ex vivo*, ces transformations sont inhibées par la colchicine et la cytochalasine D, ce qui prouve que les microtubules et les microfilaments d'actine en sont responsables [37]. L'effet entre les microtubules et les microfilaments peut également contribuer à la « contraction » apparente des corps des fibroblastes lors de la rétraction du tissu. Les changements morphologiques du cytosquelette des fibroblastes ont des implications importantes dans les signaux intracellulaires de type paracrine ou autocrine au niveau du tissu conjonctif [38].

La rotation de l'aiguille d'acupuncture engendre une stimulation mécanique provoquant une réponse physiologique, la mécanotransduction, par remodelage du cytosquelette des fibroblastes du tissu conjonctif sous-cutané. Cette mécanotransduction entraîne une cascade complexe de réactions intra et extracellulaires, incluant l'activation de la phosphorylation de la « mitogen activated proteine kinases » (MAP kinase), de la « focal adhesion kinase » (FAK) et de la « extracellular signal-regulated signal » (ERK). Langevin et coll. ont étudié sous microscopie confocale l'effet de la rotation de l'aiguille d'acupuncture par analyse morphométrique des explants de tissu sous-cutané (8 cm sur 3 cm) de six souris sacrifiées. Cette rotation d'aiguille induit l'étalement du fibroblaste en forme de feuille et la formation de lamellipodes (c'est un prolongement avec aplatissement du

cytoplasme lors d'un déplacement) dans un délai de 30 minutes mesurable par l'accroissement de l'aire de section du corps cellulaire. L'effet de la stimulation acupuncture est à son apogée avec deux rotations et diminue de manière statistiquement significative ($p < 0,001$) à 4, 8 ou 12 rotations. Les effets significatifs de la rotation s'observent dans tout le tissu et montre son extension de plusieurs centimètres. Tout est bloqué par les inhibiteurs pharmacologiques de la contractilité de l'actinomyosine (blebbistatine), de la Rho-kinase (Y-27632 et H-1152), et de la protéine Rac-1. En conclusion, en réponse à une rotation d'une aiguille d'acupuncture, il a enroulement et attraction du tissu de la périphérie vers l'aiguille attirant la matrice extracellulaire vers les fibroblastes aux points de contacts focaux (ce sont les plaques d'adhérence focale sur lesquelles opèrent les récepteurs transmembranaires : les intégrines) existants, puis formation de lamellipodes (Rac induit) dans les régions de la cellule qui sont mécaniquement stimulées ; augmentation de la contraction de l'actinomyosine (Rho-induite) sans formation de fibres distinctes de stress ; migration de microtubule et stabilisation ; augmentation de la tension intracellulaire, expansion du fibroblaste et aplatissement en un tissu plat jusqu'à atteindre une nouvelle tension d'équilibre (actinomyosine-induite) avec deux types de forces opposées (issue de la matrice extracellulaire et celle de la compression intracellulaire en rapport avec l'expansion du cytosquelette). Par contre, on n'observe pas d'action de la JNK-2 qui est un important médiateur de l'apoptose et de l'activation de certains gènes [39].

Dans une autre étude en 2006, Langevin et coll poursuivaient leurs travaux sur l'étirement du tissu conjonctif et observaient la distribution de l' α et β -actine dans les fibroblastes du tissu sous-cutané ex-vivo. Les fibroblastes normaux exposent uniformément une immunoréactivité alpha-actine des muscles lisses (alpha-SMA). En cas d'étirement du tissu, ces fibroblastes n'auront pas de forme F-actine, ni d'organisation en fibres distinctes de stress. Le manque de fibres de stress et de complexes de type fibronexus a été confirmé par la microscopie électronique, indiquant que ces cellules fibroblastiques observées dans le tissu étiré n'étaient pas

des myofibroblastes. Dans le tissu non étiré, l'alpha-actine est diffuse et granulaire. Après un étirement de 30 minutes, l' α -actine a formé une structure en forme d'étoile centrée par le noyau suggérant la formation de fibres de stress mais sans la classique polymérisation de l'actine, alors que la β -actine se prolongeait dans tout le cytoplasme incluant le cortex cellulaire et les lamellipodes. Cette réponse duale de l'alpha et bêta-actine peut être un composant majeur des mécanismes cellulaires de la mécanotransduction appliquée au tissu conjonctif entraînant une restructuration du cytosquelette du fibroblaste. Le fibroblaste a ainsi développé tout un répertoire de réponse à un stress mécanique : un stress de court terme (quelques minutes à heures comme l'insertion d'une aiguille d'acupuncture) entraîne une redistribution de l'alpha et bêta-actine et un rapide remodelage du cytosquelette qui peut donc jouer un rôle important dans la régulation de la tension du tissu conjonctif. Au contraire, la réponse des fibroblastes à un stress mécanique de long terme (jours à semaines) et une blessure va provoquer l'accroissement de la synthèse d'alpha-actine et la transformation en myofibroblaste [40].

Ifrim et coll. en 2005 [41] ont réalisé une étude histologique sur les points d'acupuncture. Cent dix personnes souffrant d'hémiplégie ont été divisés en deux groupes traités par électroacupuncture. Le groupe I a bénéficié d'une électroacupuncture des points GI11, GI15, GI4, ES36, ES43, RP5, VB34 et VB39. Le groupe II a été traité par GI8, GI10, ES32, ES8 et VB38. Des biopsies ont été prises sur ces différents points, fixés et teintés à la coloration éosine hématoxyline et au PAS. Le traitement électroacupuncture a été plus efficace dans le groupe I par rapport au groupe II. Les auteurs ont montré après une étude histologique et anatomique comparative que les points du groupe I qui semblent plus efficaces sur l'hémiplégie, bénéficiaient d'une haute densité de fines fibres nerveuses, d'un réseau capillaire bien développé et d'une concentration accrue en mucopolysaccharides (MPS), en particulier, les mucopolysaccharides acides. Malheureusement, cette étude n'est pas crédible du fait d'une méthodologie et d'une

métriologie totalement insuffisante avec aucune étude statistique permettant d'évaluer l'étude.

Les mêmes auteurs [42] ont alors réalisé une autre étude dans le but d'élucider les spécificités structurales des points d'acupuncture et des méridiens. Ils ont étudié 356 prélèvements. Les échantillons ont été biopsiés à trois niveaux différents : le groupe 1 avec prélèvement sous les points d'acupuncture (IG7, FO8, VG13, ES36) ; le groupe 2 le long des méridiens de Triple Réchauffeur, de Rate-Pancréas, du Vaisseau Gouverneur ; le groupe 3 à distance des méridiens. Les auteurs ont constaté que dans le groupe 1 les points d'acupuncture étaient associés à une haute densité de tissu conjonctif, de mucopolysaccharides (MPS), en particulier de la MPS acide, associé à une abondance de fibres de collagène et de terminaisons nerveuses. Par contre pas de changement de concentration en fibres réticulaires et élastiques. De telles concen-

trations étaient encore marquées dans le groupe 2, mais nettement moins dans le groupe 3.

Cette étude est intéressante, car confirme ce que les études de Langevin avaient observé, tout en ignorant totalement ces travaux. Néanmoins, comme la précédente, ce travail souffre encore d'un manque de rigueur expérimentale.

Substratum des structures anatomiques du point d'acupuncture

Au terme de cette analyse bibliographique, il s'avère qu'aucune étude ne démontre de manière irréfutable l'existence d'un substratum bien individualisé anatomique ou histologique du point d'acupuncture, que ce soit par l'existence d'un complexe neuro-vasculaire de type CNV, d'un complexe neuro-musculaire, d'un magnétosome ou d'un corpuscule de Bonghan.

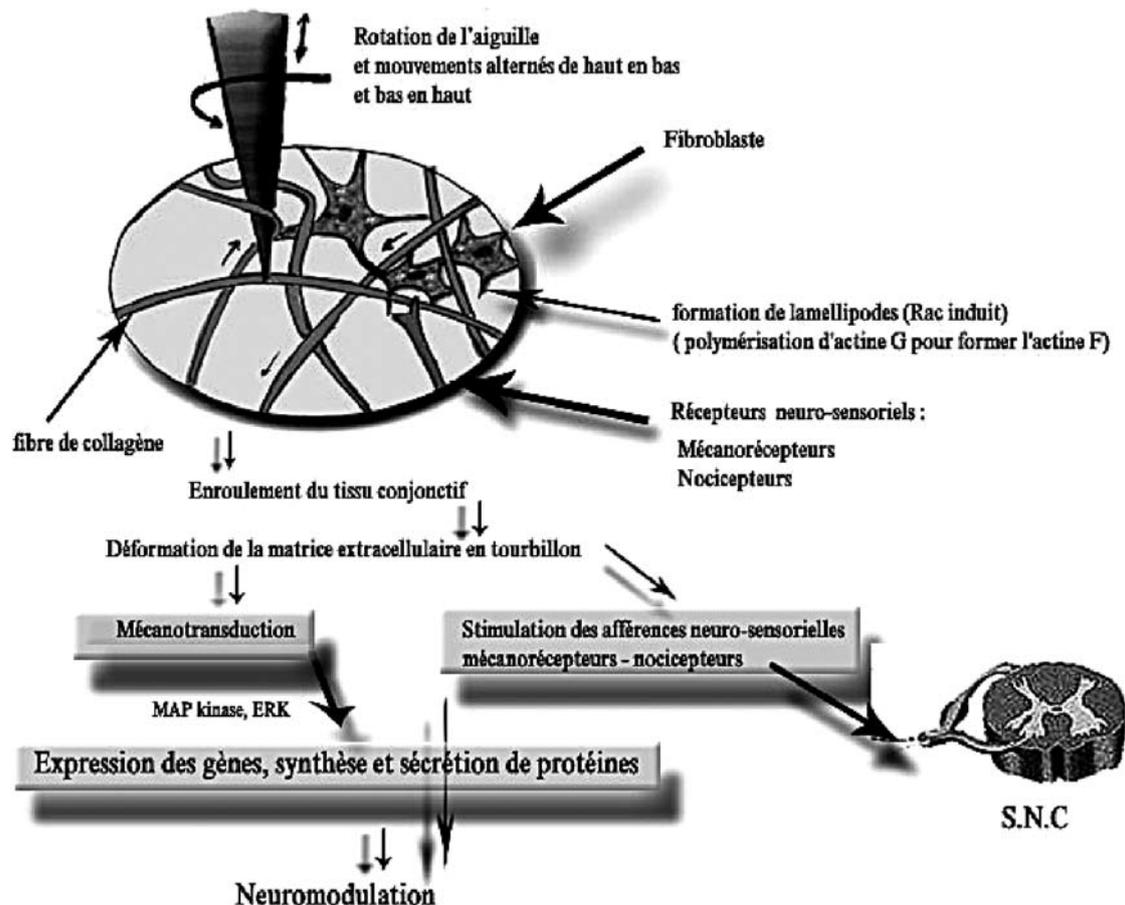


Figure 3. Schéma récapitulatif du paradigme du substratum du point d'acupuncture avec intervention du tissu conjonctif.

Le principal problème auquel on se heurte ici est la reproductibilité des observations et une méthodologie insuffisante. Dans la plupart de ces études, il manque de nombreuses données dans la description de l'expérience. On doit faire confiance à l'expérimentateur, ce qui n'est pas un comportement scientifique. C'est pourtant le premier intérêt d'une publication : rendre accessible à la critique une expérience qui doit pouvoir être reproductible. L'analyse statistique constitue, habituellement, une part importante d'une étude expérimentale ou clinique, même si elle ne suffit pas à apprécier l'intérêt du résultat obtenu. Un bon jugement scientifique est également nécessaire qui dépend à la fois de la précision de sa description, de sa mesure, mais aussi de ses conditions d'observation, car la crédibilité d'un fait observé est liée aux conditions dans lesquelles l'étude a été réalisée. La notion de mesure fait fréquemment appel aux statistiques. Aucune de ces études ne fit état des analyses statistiques permettant de comparer les points d'acupuncture versus non-points d'acupuncture.

Heureusement, quelques travaux dont essentiellement ceux de Langevin et coll. s'avèrent satisfaisants à toutes les contraintes d'une étude expérimentale scientifique. Le point d'acupuncture se situerait donc à l'emplacement des points de clivage du tissu conjonctif lâche inter ou intramusculaire. L'action acupuncture se ferait par l'intermédiaire de la recherche du *deqi*, avec rotation de l'aiguille qui engendre une mécanotransduction, faisant intervenir les molécules informationnelles libérées par la déformation du cytosquelette du fibroblaste. Celle-ci entraînerait aussi par la déformation de la matrice extracellulaire du tissu conjonctif une stimulation des différents types de récepteurs neuro-sensoriels avec activation des différentes fibres nerveuses appartenant aux groupes I à IV, déclenchant à leur tour une cascade de réactions aussi bien au niveau local qu'au niveau du système nerveux central. En conclusion, ce modèle pourrait servir de nouveau paradigme tout à fait plausible et vraisemblable au concept de substratum anatomique du point d'acupuncture (figure 3).



Dr Jean-Marc Stéphan
✉ jm.stephan@gmail.com

Références

1. Briot A, Wong M. Histoire de l'acupuncture sino-japonaise. Méridiens. 1974;25-26:15-55.
2. Bossy J, Maurel JC, Godlewski. Substratum macroscopique des points d'acupuncture. Bulletin de l'association des anatomistes. 1975;59(165):357-62.
3. Rabischong P, Niboyet JE, Terral C, Senelar R, Casez R. Bases expérimentales de l'analgésie acupunctureale. Nouv Presse Med. 1975;4(28):2021-6.
4. Bossy J. Les différents points d'acupuncture : leurs caractères, leur répartition et leurs liaisons avec les structures connues. Méridiens. 1978;41-42:73-95.
5. Gong Qihua. [Structure vasculaire du point d'acupuncture déterminé par microradiographie (méthode électrophorétique)]. Zonghua Yixue Zazhi. 1979;59(8):476-8.
6. Bossy J. Morphological data concerning the acupuncture points and channel network. Acupunct Electrother Res. 1984;9(2):79-106.
7. Auziech O. Etude histologique des points cutanés de moindre résistance électrique et analyse de leurs implications possibles dans la mise en jeu des mécanismes acupunctureaux. Thèse Médecine. Montpellier: 1984.
8. Senelar R, Auziech O. Histophysiologie du point d'acupuncture. Acupuncture et Médecine Traditionnelle Chinoise, Paris. Encyclopédie des Médecines Naturelles. 1989;1B-2C.
9. Liu Y, Varela M, Oswald R. The correspondence between some motor points and acupuncture loci. Am J Chin Med (Gard City N Y). 1975 Oct;3(4):347-58.
10. Gunn CC, Ditchburn FG, King MH, Renwick GJ. Acupuncture loci: a proposal for their classification according to their relationship to known neural structures. Am J Chin Med. 1976;4(2):183-95.
11. Plummer JP. Acupuncture points and cutaneous nerves. Experientia. 1979;35(11):1534-5.
12. Dung HC. Acupuncture points of the cranial nerves. Am J Chin Med. 1984;12(1-4):80-92.
13. Dung HC. Acupuncture points of the cervical plexus. Am J Chin Med. 1984;12(1-4):94-105.
14. Dung HC. Acupuncture points of the brachial plexus. Am J Chin Med. 1985;13(1-4):49-64.
15. Dung HC. Acupuncture points of the typical spinal nerves. Am J Chin Med. 1985;13(1-4):39-47.
16. Dung HC. Acupuncture points of the sacral plexus. Am J Chin Med. 1985;13(1-4):145-56.
17. Dung HC. Acupuncture points of the lumbar plexus. Am J Chin Med. 1985;13(1-4):133-43.

18. Ha H. et al. Receptors in acupuncture point in the monkey (résumé). *anatomical record*. 1983;205(3),71A.
19. Yu A et al. [observation on the microstructure of sanyinjiao acupoint]. *Acupuncture research*. 1996;21(2),36-8.
20. Lu GW. Characteristics of afferent fiber innervation on acupuncture points zusanli. *Am J Physiol*. 1983 Oct;245(4):R606-12.
21. Li AH, Zhang JM, Xie YK. Human acupuncture points mapped in rats are associated with excitable muscle/skin-nerve complexes with enriched nerve endings. *Brain Res*. 2004 Jun 25;1012(1-2):154-9.
22. Kagitani F, Uchida S, Hotta H, Aikawa Y. Manual acupuncture needle stimulation of the rat hindlimb activates groups I, II, III and IV single afferent nerve fibers in the dorsal spinal roots. *Jpn J Physiol*. 2005 Jun;55(3):149-55.
23. Xi GM, Wang HQ, He GH, Huang CF, Yuan QF, Wei GY, et al. Nerve-pathways of acupoint Fengch'i in rat by anterograde transport of HRP. *World J Gastroenterol*. 2005 May 28;11(20):3135-8.
24. 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^o Congrès de la FAFORMEC; 2001 30 nov.-1 déc ; Nantes. Available from: URL: <http://www.acupuncture-medic.com/Congres/Nantes/magnetosome.htm>
25. Bazylinski DA, Frankel RB, Heywood BR, Mann S, King JW, Donaghay PL, et al. Controlled Biomineralization of Magnetite (Fe(inf3)O(inf4)) and Greigite (Fe(inf3)S(inf4)) in a Magnetotactic Bacterium. *Appl Environ Microbiol*. 1995 Sep;61(9):3232-9.
26. Grunberg K, Muller EC, Otto A, Reszka R, Linder D, Kube M, et al. Biochemical and proteomic analysis of the magnetosome membrane in *Magnetospirillum gryphiswaldense*. *Appl Environ Microbiol*. 2004 Feb;70(2):1040-50.
27. Kim B. On the Kyungrak systeme. Medical Science Press, Pongyang, Korea,1963.
28. Ho MW, Knight DP. The acupuncture system and the liquid crystalline collagen fibers of the connective tissues. *Am J Chin Med*. 1998;26(3-4):251-63
29. Kimura M, Mastrogiovanni F, Toda S, Kuroiwa K, Tohya K, Sugata R, Ohnishi M. An electron microscopic study of the acupuncture or moxibustion stimulated regional skin and lymph node in experimental animals. *Am J Chin Med*. 1988;16(3-4):159-67.
30. Kimura M, Tohya K, Kuroiwa K, Oda H, Gorawski EC, Hua ZX, Toda S, Ohnishi M, Noguchi E. Electron microscopical and immunohistochemical studies on the induction of «Qi» employing needling manipulation. *Am J Chin Med*. 1992;20(1):25-35.
31. Shi X, Zhang Q. [Dynamic study of tissues and structures in «de qi» acupoint] *Zhen Ci Yan Jiu*. 1996;21(3):60-2.
32. Langevin HM, Churchill DL, Cipolla MJ. Mechanical signaling through connective tissue: a mechanism for the therapeutic effect of acupuncture. *Faseb J*. 2001 Oct;15(12):2275-82.
33. Langevin HM, Churchill DL, Fox JR, Badger GJ, Garra BS, Krag MH. Biomechanical response to acupuncture needling in humans. *J Appl Physiol*. 2001 Dec;91(6):2471-8.
34. Langevin HM, Churchill DL, Wu J, Badger GJ, Yandow JA, Fox JR, et al. Evidence of connective tissue involvement in acupuncture. *Faseb J*. 2002 Jun;16(8):872-4.
35. Langevin HM, Yandow JA. Relationship of acupuncture points and meridians to connective tissue planes. *Anat Rec*. 2002 Dec 15;269(6):257-65.
36. Abad-Alegria F, Pomaron C, Barcala-Simo MA. Control de la somestesia por estímulo neuroreflejo : cuantificación de estímulo-respuesta frente a energía. *Rev Neurol*. 2003;37(5):421-5.
37. Langevin HM, Bouffard NA, Badger GJ, Iatridis JC, Howe AK. Dynamic fibroblast cytoskeletal response to subcutaneous tissue stretch ex vivo and in vivo. *Am J Physiol Cell Physiol*. 2005 Mar;288(3):C747-56.
38. Kessler D, Dethlefsen S, Haase I, Plomann M, Hirche F, Krieg T, et al. Fibroblasts in mechanically stressed collagen lattices assume a «synthetic» phenotype. *J Biol Chem*. 2001 Sep 28;276(39):36575-85.
39. Langevin HM, Bouffard NA, Badger GJ, Churchill DL, Howe AK. Subcutaneous tissue fibroblast cytoskeletal remodeling induced by acupuncture: Evidence for a mechanotransduction-based mechanism. *J Cell Physiol*. 2006 May;207(3):767-74.
40. Langevin HM, Storch KN, Cipolla MJ, White SL, Buttolph TR, Taatjes DJ. Fibroblast spreading induced by connective tissue stretch involves intracellular redistribution of alpha and beta-actin. *Histochem Cell Biol*. 2006 May;125(5):487-95.
41. Ifrim-Chen F, Ifrim M. The relation between the acupoint structures and the clinical therapeutic effects. *Ital J Anat Embryol*. 2005 Jan-Mar;110(1):45-9.
42. Ifrim-Chen F, Ifrim M. Acupoints [corrected] and meridians: a histochemical study. *Ital J Anat Embryol*. 2005 Jan-Mar;110(1):51-7.



FA.FOR.MEC infos

Agenda des congrès et séminaires de formation médicale

OCTOBRE 2006

1^{er} octobre : Bobigny
AFMCAPN : Dermatologie.

4-8 octobre : Lyon
GLEM-EIPN-AASF : V^{ème} symposium d'auriculothérapie et d'auriculomédecine.
contact@symposiumlyon2006.com



6 - 7 octobre : Paris
EEA : Le mouvement de la Terre et son expression dans le corps par la Rate et l'Estomac. Le méridien *Taiyin* de pied.

6-8 octobre : Montélimar
AFA : les *luo*, méridiens et points

6, 7 et 8 octobre : Congrès AFA 2006, Montélimar
Les *luo*, méridiens et points : tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les *luo* (points, méridiens, applications pratiques..)



13 octobre : Londres
EEA : The five elements in medical texts.

13-14 octobre : Nîmes
AFERA : Maladies métaboliques-insuffisance cardiaque-diététique et cardiovasculaire.

14 octobre : Bordeaux



SAA : 30^{ème} Anniversaire
Hôtel Alton (près du CHU)

Table ronde : avenir de l'acupuncture en France (avec la participation du P^r Henry).

L'atteinte de la Rate et du *yi* par l'oppression et la peine, d'après LS 8), J-M Eyssalet.

Renmai, mer des méridiens *yin*, J-L Lafont.

A la recherche du substratum anatomique de l'Acupuncture, J-M Stéphan.

14-15 octobre : Londres
EEA : An energetic presentation of the *yin* meridians (*shaoyin*, *taiyin*, *jueyin*).

21 octobre : Alby sur Chéran
I2F : Etre actif à l'automne.

21 octobre : Bruxelles – Zaventem
ABMA : Acupuncture et Stress.

NOVEMBRE 2006

10-11 novembre : Boston (USA)
EEA : Heart and pericardium : the double aspect of the heart and of the Five element. Ponts of the *jueyin* of hand meridian.

10-11 novembre : Paris
AFA : Les points (71^{ème} séminaire).

13-17 novembre : Washington (USA)
EEA : The wood element and the Liver ; points of the Liver meridian. The *zang* and the *fu*, a presentation of the extraordinary *fu* (brain, narrow, *bons*, *mai*, uterus, gallblader) : a study of the notion of essences (*jing*). Some points on the *dumai*.

24-25 novembre : Toulouse



Vendredi 24 et samedi 25 novembre 2006

X^e congrès FAFORMEC Toulouse
Acupuncture chez le sportif

De l'activité physique au bien-être
Contact : D^r Claude Fontaine
claufont@neuf.fr

24-26 novembre : Munich (Allemagne)
EEA : *jinye*, body fluids : physiology and pathology.

DÉCEMBRE 2006

1-3 décembre : Zürich (Suisse)
EEA : General presentation of the *Shanghanlun* (the six levels).

7-10 décembre : Grado (Italie)
EEA : L'eau, modèle de vie. Les liquides corporels, physiologie et pathologie, étude des glaires (*tan*).

8-9 décembre : Nîmes
AFERA : Troubles du rythme-*Chongmai* - Troubles du *shen* post-infarctus.

15-17 décembre : Hollande
EEA : *Huangdi nei jing suwen* : a study of chapter 5. Huainanzi : presentation of chapter 7.

JANVIER 2007

12-13 janvier 2007 : Paris
EFA : Les points (72^e séminaire).

19-20 janvier 2007 : Paris
EEA : Le mouvement du Feu et son expression dans le corps par le Cœur. *Taiyang*.

26-27 janvier : Nantes
EEA-FMC RDAO : Les points du poumon.

Contacts :



ABMA : Association Belge des Médecins Acupuncteurs

✉ v_machtelinckx@hotmail.com et <http://www.acupuncture.be>



AFA : Association Française d'Acupuncture

☎ 01 43 20 26 26
✉ afa-qibo@vnumail.com

AFMCAPN : Association de Formation Médicale Continue en Acupuncture de Paris Nord

☎ 06 62 07 58 42 ✉ dr.ercolano@laposte.net



AFERA : Association Française pour l'Etude et la Recherche en Acupuncture

☎ 04 66 76 11 13 ☎ 04 66 76 06 17 ✉ afera@wanadoo.fr <http://www.afera.org>

AGMA : Association Genevoise des Médecins Acupuncteurs

D^r Bernard de Würstenberger ✉ bpb@bluewin.ch

AMAC : Association Médicale d'Acupuncture du Centre

D^r Alain Schmidt ☎ 04 73 70 21 79 ☎ 04 73 70 24 60 ✉ schmidtalain@club-internet.fr



ASMAF-EFA : Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France - Ecole Française d'Acupuncture

D^r Jean-Marc Stéphan ☎ 01 42 76 67 26 ☎ 01 40 65 94 89
✉ Jmstephf@aol.com <http://www.meridien.org>



EEA : Ecole Européenne d'Acupuncture

Secrétariat ☎ 08 77 00 04 15
✉ e.e.a@chello.fr <http://www.acupuncture-europe.org>



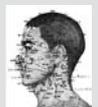
FAFORMEC : Fédération des Acupuncteurs pour leur Formation Médicale Continue

☎ 02 40 48 26 31 ☎ 02 51 82 06 86
✉ <http://www.acupuncture-medic.com>



FMC-RDAO : association de Formation Médicale Continue et de Recherche pour le Diplôme d'Acupuncture de l'Ouest

D^r Bernard Maire ☎ 02 40 80 62 07 ☎ 02 40 80 57 10 ✉ mairie.bernard@wanadoo.fr



GERA : Groupe d'Etude et de Recherche en Acupuncture

☎ 04 96 17 00 30 ☎ 04 96 17 00 31
✉ acudoc@wanadoo.fr



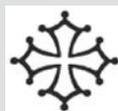
I2F : Institut des 2 Fleuves

D^r Emmanuel Escalle
☎ / ☎ 04 50 95 56 05
✉ les2fleuves@chello.fr



SAA : Société d'Acupuncture d'Aquitaine

D^r Pierre Dinouart-Jatteau
☎ 05 56 44 50 40
✉ pierre.dinouart@neuf.fr



SAMP : Société d'Acupuncture de Midi Pyrénées

D^r Jean Pierre Dartigues
☎ 05 62 16 09 09
✉ dartigues.jean-pierr@wanadoo.fr

Livres reçus



ILS ÉTAIENT SOIXANTE ET QUATRE...

M. VINOGRADOFF

Paris : You Feng, 2006

743 p. ; 16 x 24.

Prix TTC : 29 €

ISBN 2-84279-273-4

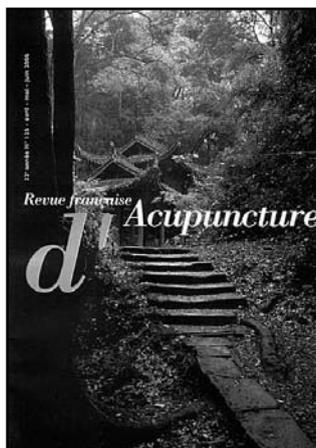
C'est un roman, ou du moins il est écrit comme un roman. Soixante et quatre, pour un Acupuncteur, fait tout de suite penser aux hexagrammes du *yijing*. Mais, peut être je me suis-je trompé. Non, car la dernière page me donne raison.

Le livre est présenté comme étant la traduction de rouleaux découverts, par accident, en automne 1982, dans la tombe d'un potier. Cette découverte n'ayant pas intéressé les archéologues officiels, il n'y eut pas de datation officielle. Cependant ces rouleaux trouvés dans une urne de terre cuite semblent être l'œuvre du potier, XIAO ZI ou Maître insignifiant, qui serait mort à l'époque des Royaumes Combattants ou un peu avant, si l'on en juge par les caractères de ces rouleaux de baguettes de bambou. L'auteur est censé avoir traduit ces 8 rouleaux et nous les

présente dans cet ouvrage dans l'ordre. Encore ce chiffre 8, qui n'est pas anodin.

Le texte nous donne un récit découpé en chapitres, un par rouleau. À l'intérieur, hormis le Figurant qui doit être le potier, nous assistons à des échanges entre divers personnages : les émergents, les récitants, les conquérants, pour ne citer que les premiers en scène parmi les 64 autres. Chacun donne le récit de ce qu'il ou elle a vécu. L'auteur nous invite à lire à notre guise. Chapitre après chapitre ou à ne s'attacher qu'à un seul type de personnage. Je dois dire que c'est énorme et fatigant à lire par la densité des informations et par la multiplicité des personnages. Le style est très agréable, fort bien écrit parfois poétique. Malgré la culture chinoise que je pensais posséder, je ne me suis pas passionné pour l'ouvrage. Il est difficile d'en lire beaucoup à la suite et ces arrêts font perdre le fil. De plus la typographie choisie est claire, mais ne facilite pas la lecture. Comme je l'ai eu écrit, je ne suis pas passionné par le *yijing*. Ceci explique peut être cela. J'oubliais de parler de la couverture qui est très attrayante et grouillante de personnages et le prix est léger pour un livre aussi lourd.

Pierre Dinouart-Jatteau



REVUE FRANÇAISE D'ACUPUNCTURE N°126

32^{ème} année, n° 126,

avril-mai-juin 2006

Éditorial : «*De la reconnaissance : reconnaître doit établir un «être ensemble» qui n'altère ni les uns ni les autres [...] et qui définit un code de bonnes relations entre ces deux entités distinctes et reconnues comme telles (médecine traditionnelle chinoise d'un côté et règles de l'exercice en France de l'autre). La reconnaissance de la médecine traditionnelle chinoise et de l'acupuncture devant aboutir à rétribuer la consultation d'acupuncture à sa juste valeur.*» (Dominique Fouet).

Études :

- A propos du *yin* et du *yang* et de quelques autres notions : des relations intimes du Ciel-Terre (suite), Michel Vinogradof.
- Acouphènes et médecine traditionnelle chinoise (suite), Bernard Cygler.

- Autour des lombes, structuration énergétique de l'enceinte lombaire (suite), Jean-Yves Le Rol.

Traduction : *Lingshu*, chapitre 2 : «les points essentiels (*benshu*)». «*le deuxième chapitre du Lingshu traite de la circulation du souffle dans les 5 points shu des méridiens, des points fenêtre du ciel, de la méthode de puncture de quelques points, de la puncture en fonction des saisons et des relations organes-entrailles*», Constantin Milsky, Gilles Andrès.

Vie des points : deux observations cliniques.

- Quel est votre diagnostic ? (26Rn), Jean Marc Kespi.
- Être en accord avec ce que l'on pense vraiment (3VB), Dominique Célérier-Fauconnier.

Actualités (livres) : (Marie-Thérèse Horny, Dominique Horweiller)

- Le dragon enchaîné, Constantin Milsky.
- Ils étaient soixante et quatre, Michel Vinogradof.

D^r Florence Phan-Choffrut

✉ phan-choffrut@wanadoo.fr

Reportage

Médecine des minorités du Guizhou. Place de l'Acupuncture

Patrick Sautreuil, Pilar Margarit Bellver, Wu Hong

La Chine (中国, *zhong guo*, le « pays du milieu ») compte 1,3 milliard d'habitants et 56 ethnies. Les *han* (汉) forment l'essentiel : moins de cent millions de Chinois appartiennent à l'une des cinquante cinq minorités nationales (少数民族, *shaoshu minzu*). Le sud de la Chine, et en particulier le Guizhou (贵州), est riche d'un grand nombre de ces populations poussées vers les confins de l'Empire par l'expansion *han* au cours des millénaires (Fig. 1). L'intérêt des étrangers et des Chinois, des ethnologues aux touristes, porte surtout sur leur histoire, leurs coutumes : artisanat, religions, habitat, agriculture, vêtements de fêtes, cérémonies de mariages, etc. Ils ont donné lieu à de magnifiques ouvrages, certains très spécialisés [1, 2, 3], et à d'efficaces guides de voyages [4, 5]. Mais, à notre connaissance, tout du moins en langue française, aucun ne s'est intéressé aux pratiques médicales dans ces sociétés.

Notre but n'était pas de faire un bilan sanitaire du sud est du Guizhou, mais seulement de savoir quel type de médecine est utilisée, et surtout de savoir quelle est la place de l'acupuncture (*zhen*, 针) dans ces soins.

Au hasard de la route (Fig. 2) qui nous mena de Guiyang (贵阳), capitale du Guizhou (3 millions d'habitants), à Guilin (桂林) dans le Guangxi (广西), nous nous sommes arrêtés chez une dizaine de *yisheng* (医生), de médecins au sens chinois (voir article de Hor Ting). Leur formation médicale est souvent courte, deux à trois ans seulement. Selon les standards européens, il s'agit plutôt d'infirmiers ou d'officiers de santé. L'exercice professionnel des quelques personnes rencontrées était de plusieurs types : allopathie pure, allopathie et pharmacopée chinoise, allopathie et pharmacopée associées à l'acupuncture. Pour une personne seulement, une exception, l'acupuncture était pratiquée telle que nous l'avons vue lors de séjours précédents à Beijing (北京) [6], ou à Taichung, Taiwan (台中, 台湾) [7]. Associée ou non

à la phytothérapie traditionnelle, elle n'occupe pas une place prédominante chez les praticiens des minorités du Guizhou.



Figure 1. La province du Guizhou, au sud de la Chine.



Figure 2. Périple parmi les minorités du sud-est du Guizhou.

Les ethnies rencontrées

Depuis des millénaires, la volonté de contrôle militaire des marches de l'Empire par les dynasties successives

ont repoussé de nombreux groupes ethniques toujours plus loin vers le sud de la Chine et même au-delà. Ils réalisent aujourd'hui une mosaïque de peuples dispersés dans la majorité *han*.

Dans le sud-est du Guizhou, nous avons rencontré surtout des membres des minorités *miao*, *dong* et *buyi* (prononcer pouyi).

Les *miao* (苗, le caractère signifie également « jeune pousse de riz », et se dit *mong* en Birmanie, au Viet Nam, en Thaïlande et au Laos), sur un total de 8 millions en Chine, habitent pour la moitié au Guizhou. L'autre moitié se répartit entre les provinces du Yunnan (云南), du Hunan (湖南), du Guangxi et sur l'île de Hainan (海南). On distingue 80 sous-ethnies différenciées par leurs vêtements, leurs coiffures, leurs folklores ou leurs dialectes. La plupart sont animistes. Les *ge* (革) sont une sous-ethnie des *miao* [5]. Les magnifiques costumes de fête des femmes, en particulier les coiffes en métal argenté, sont une des attractions touristiques de cette région.

Les *dong* (侗) sont 4 millions. Ils occupent un territoire à cheval sur trois provinces : le Guizhou (où vivent la moitié des *dong*), le Guangxi à l'est et le Hunan au nord. Ils sont célèbres pour les « tours du tambour » au centre de leurs villages et les « ponts du vent et de la pluie », ponts couverts qui enjambent les rivières (parfois d'audacieuses constructions en bois, ne comprenant aucun élément métallique, reposant sur des piliers de pierre).

La minorité *buyi* (布依) est surtout présente dans le sud et l'ouest du Guizhou.

Certains villages sont aménagés pour les touristes, accueillis par des jeunes filles en costume traditionnel, leur offrant un petit bol d'alcool de riz. Des concerts de *lusheng* (芦笙), instrument fait de six pipeaux en bambou, à la musique caractéristique, sont joués en groupe pour les visiteurs. Ils sont communs à ces différentes ethnies. L'entrée est alors payante.

L'habitat traditionnel, souvent rustique, consiste en maison en bois, avec au niveau du sol, les animaux, au premier étage les pièces d'habitation, et, au-dessus, le grenier et les réserves. Certaines (rares) maisons sont couvertes d'écorces d'arbre en guise de tuiles.

Sous la pression *han*, ces minorités occupent les terres les moins fertiles.

Les *miao* cultivent les flancs des collines et des montagnes en réalisant de magnifiques rizières en terrasses. Les *dong*, souvent mieux lotis, occupent parfois les vallées. Ils ont créé des paysages parmi les plus beaux de Chine. Des dentelles de murets couverts de mousse et d'herbes entourent les rizières en gradins. Inondées, elles reflètent le ciel. Pour les labours, le buffle tire sa charrue, guidé par un paysan qui marche dans la boue, pieds nus, de l'eau jusqu'aux genoux.

Le Guizhou a un relief très accidenté. Il est réputé pour son climat humide. « Il n'y a pas trois *li* de chemin plat, trois jours de beau temps successifs et l'homme n'a pas trois *fen* d'argent dans sa poche » : (路无三里平, 天无三日晴, 人无三分银, *lu wu san li ping, tian wu san ri qing, ren wu san fen yin*) [8].

Les minorités ont accordé un bon accueil à l'armée communiste en déroute pendant la Longue Marche (长征, *chang zheng*, 1934-1935). C'est pourquoi elles bénéficient d'un statut relativement favorable dans la république populaire et communiste de Mao Zedong (毛泽东).

Les cabinets médicaux

Les « interviews » collectées au long de ce périple ont pris nos interlocuteurs par surprise. Les touristes sont rares dans le Guizhou qui n'est pas - à tort - une destination recherchée en Chine. Surtout, ils ne s'arrêtent pas dans les échoppes-cabinets des médecins. Cependant, nous avons été accueillis cordialement et même souvent avec gentillesse et intérêt.

Les cabinets médicaux se distinguent peu des autres magasins. Ils sont largement ouverts sur la rue. Les consultations se déroulent souvent au vu des passants. La plupart possèdent une salle adjacente pour des traitements comme les perfusions ou les soins par acupuncture. Chaque établissement médical est signalé par une croix rouge ou blanche, bien visibles sur les clichés ci-dessous. La pratique de l'acupuncture est habituellement signalée par la présence des grandes chartes de points que nous connaissons.

La transmission familiale de la pratique médicale étant ancienne et encore fréquente en Chine, la question du

choix du métier et de son mode d'exercice en fonction d'un parent médecin a été posée chaque fois.

Au hasard du voyage

Nous avons rencontré le premier *yisheng* de notre séjour dans un village de la minorité *buyi*, Yinzhai (音寨), proche de Guiding (贵定), à l'est de Guiyang, capitale provinciale. Un grand panneau accueille le visiteur : 金海雪山欢迎您, *jin hai xue shan huan ying nin* : « mer d'or [le colza], montagne enneigée [les pruniers] vous souhaitent la bienvenue ». Ce village est fier de ses champs de colza et de ses pruniers qui fleurissent en même temps au printemps : les premiers dans la vallée, les seconds sur les flancs de la montagne. Nous étions en mai, le colza avait été récolté, c'était déjà l'époque du repiquage du riz, accompagné de chants traditionnels. Une petite maison isolée en bordure de route, c'est celle de l'un des deux médecins de ce village. Un jeune homme de seulement 22 ans nous accueille. Il a appris la médecine occidentale et la pharmacie traditionnelle dans un institut de Guiyang pendant 3 ans. Dans son officine, nous voyons surtout des médicaments occidentaux de fabrication chinoise (Fig. 3).



Figure 3. Jeune homme de 22 ans, de la minorité *buyi*. Il prescrit et vend surtout des médicaments allopathiques.

Notre voyage se poursuit par la visite du village de Qinman (青曼, 600 habitants) qui appartient à la minorité *miao*. Il est célèbre pour sa fabrication artisanale de papier. Nous y rencontrons un jeune médecin de 29 ans. Sa formation en médecine occidentale a duré deux ans

à l'Institut de Médecine de Kaili (凯里, chef-lieu du district *miao*). Il dispose de produits injectables, en particulier d'antibiotiques, et de matériel à usage unique. Selon ce jeune homme, les principaux patients sont des femmes et des enfants, et les principales maladies traitées les bronchites, les diarrhées, les douleurs articulaires (liées à l'humidité).

Il pratique également l'acupuncture, apprise avec son père. Il l'utilise surtout pour traiter les douleurs et la traumatologie.

Notre question sur la pratique des vaccinations est restée sans réponse.

Comme le montre le cliché, il est aussi l'épicier local (Fig. 4).



Figure 4. Jeune médecin-épicier de 29 ans formé en 2 ans à la médecine occidentale à l'Institut de Kaili et à l'acupuncture par son père. Sur le bandeau vertical, de haut en bas : 丹寨县南皋乡石桥村卫生室 *dan zhai xian nan gao xiang shi qiao cun wei sheng shi*, « Poste de santé du village du pont de pierre du bourg de Nangao du district du fortin rouge ».

Notre route nous fait passer ensuite par le village de Matang (麻塘). Le « médecin » que nous y rencontrons appartient à l'ethnie *ge* (du groupe des *miao*). Il nous reçoit devant sa maison dont la porte d'entrée est encadrée par des textes porte-bonheur spécifiques du nouvel an chinois. Sur la porte elle-même, deux figures légendaires sont placardées : deux généraux de la dynastie Tang (唐) (Fig. 5).

Ce « médecin » est surtout paysan. Il a 55 ans et est en cessation d'activité médicale. À l'époque de la Révolution Culturelle (1966-1976), un médecin de Kaili avait



Figure 5. Un médecin-paysan formé pendant la Révolution Culturelle. Sa femme porte la coiffe traditionnelle *ge*. À sa droite, notre guide-traducteur, Wu Hong. Au-dessus de la porte, un panneau officiel porte une croix blanche sur fond rouge, comme faisant référence en Chine à la santé (sans lien avec la Croix Rouge et encore moins la Suisse). Au-dessus : 凯里 旅游区, *kai li lü you qu*, Zone touristique de Kaili ; au-dessous de la croix, 医疗救护点, *yi liao jiu hu dian*, Poste d'urgence médicale ; en bas à droite, l'organisme qui a fait poser ce panneau, le Bureau de la santé de la ville de Kaili, ce qui donne un caractère officiel à cette fonction médicale.

été envoyé dans le village pour y être « rééduqué ». C'est auprès de lui qu'il s'est initié à la médecine occidentale ainsi qu'à l'acupuncture. Il avait ensuite complété ces formations par trois années d'études à l'Institut de médecine de Kaili, mais il n'a pas de diplôme. L'exercice de la médecine n'est pas une tradition familiale, son père n'était pas médecin. Parmi ses cinq enfants, un est en cours d'étude de médecine dans un autre village *miao-ge*.

Il voit 4 à 5 patients par jour. Les pathologies principales, ce sont au printemps les affections respiratoires surtout les toux (allergies ?), en toutes saisons les diarrhées. Quant à l'acupuncture, il l'utilise pour traiter les douleurs de dos, de genoux et de pieds. La consultation

coûte de 5 à 6 yuan (元) (1/2 euro) selon les médicaments. Il nous présente une sacoche de médicaments caractéristique de celles des médecins aux pieds-nus chers à Mao. Elle ne contient que des médicaments occidentaux de fabrication chinoise dont nous pouvons reconnaître le nom des molécules : antibiotiques, antifongiques, antalgiques, vitamine B 12, adrénaline (pour les chocs anaphylactiques ?). Nous constatons que tous ces produits sont en cours de validité.

Protégés dans un flacon, il nous montre une seringue en verre et des aiguilles pour les injections.

Un autre médecin exerce dans le village, plus jeune, plus orienté vers la pédiatrie.

Plus loin, nous visitons le temple taoïste de la « Grotte du Nuage qui Vole » (飞云洞, *fei yun dong*). À Ganxi (甘溪), nous faisons la connaissance d'un médecin de la minorité *miao*. Il est âgé de 35 ans. Il pratique les trois médecines : occidentale, phytothérapie traditionnelle et acupuncture. Nous le voyons prescrire et préparer les traitements (de phytothérapie chinoise) pour deux patients souffrant de lithiase vésicale, l'un en début et l'autre en fin de traitement. Il nous dit être également chef de service de l'hôpital local où il pratique l'acupuncture. Son père était médecin traditionnel et spécialiste des maladies du foie. Un frère et deux sœurs font des études de médecine occidentale. Peu loquace, il a rapidement précisé qu'il fallait l'autorisation d'un fonctionnaire pour prolonger l'entretien (Fig. 6).



Figure 6. Médecin pratiquant les trois médecines, allopathie occidentale, phytothérapie chinoise et acupuncture. Il pratique l'acupuncture dans l'hôpital local.

À Leishan, « 雷山, Montagne du Tonnerre », gros bourg de la minorité *miao*, nous rencontrons une jeune femme de 30 ans. Elle a grandi à la campagne dans le Hunan et a fait ses études de médecine à Changsha (长沙), capitale provinciale. Elle pratique la médecine occidentale et, pour un tiers de son activité, l'acupuncture. Mais elle ne pratique pas la pharmacopée chinoise. Très timide, elle n'a pas voulu nous montrer ses aiguilles. Nous la voyons avec une patiente de 40 ans qui présente un état fébrile depuis une semaine et reçoit un traitement antibiotique (benzopénicilline) par perfusion (Figures 7 a et 7 b).



Figure 7 a. Sur la devanture du cabinet : 湘云诊所 *xiang yun zhen suo* : centre de diagnostic ou clinique (*zhen suo*), les deux idéogrammes *xiang* et *yun* renvoyant au Hunan dont est originaire la *yisheng*.



Figure 7 b. Perfusion de pénicilline chez une femme *miao* présentant un état fébrile depuis une semaine.

Après avoir visité le magnifique temple du « Dragon Noir » (青龙洞, *qinglongdong*, qui recèle une superbe statue du Bouddha Sakyamuni en jade blanc), la *yisheng* qui nous reçoit dans le village de Maogong (茅贡) appartient à la minorité *dong*. Elle a fait un an d'étude de médecine à Liping et a 25 ans de pratique. Elle utilise surtout la médecine allopathique et un peu la phytothérapie traditionnelle dans sa forme moderne (en gélules). Elle traite une patiente âgée qui présente une gêne respiratoire et une toux nocturne depuis une semaine. La température vérifiée devant nous est de 37°5. Nous la voyons injecter dans la fesse gauche deux produits chinois (non identifiés) et de la gentamycine. Puis, après un test sous-cutané de réaction allergique à la pénicilline et un délai de 30 mn, elle pratique, dans la fesse droite une intra-musculaire d'un mélange de corticoïde (dexaméthazone) et de pénicilline. Entre temps, elle a préparé un traitement oral : un médicament chinois contre la toux et des tétracyclines.



Figure 8. Test d'allergie à la pénicilline.

Elle voit 5 à 6 patients par jour. Le coût moyen d'un traitement est de 3 à 5 yuans (0,3 à 0,5 euro) selon les médicaments (Figure 8).

Son mari pratique également la médecine occidentale, sa fille est en cours d'études de médecine. Elle nous indique un médecin acupuncteur à Liping (黎平) que nous rencontrons le lendemain. C'est la seule entrevue qui ne soit pas tout à fait liée au seul hasard.

Le Dr Zhang Yan (张艳) étant acupunctrice, nous lui consacrons une grande partie de la matinée suivante (voir également, en fin d'article, la figure 15). Nous la rencontrons à l'hôpital de Liping, le chef-lieu du district de la minorité *dong* à laquelle elle appartient. Elle pratique l'acupuncture depuis 12 ans. Elle n'utilise ni la pharmacopée chinoise ni l'allopathie occidentale. Ses études d'acupuncture ont duré 3 ans. Ce n'est pas une tradition familiale : personne dans sa famille n'est médecin ou acupuncteur. Elle pratique une acupuncture contemporaine, certaines aiguilles sont stimulées électriquement. Elle emploie également des ventouses magnétiques, des appareils d'électrothérapie, une thérapie infra-rouge et une thérapie de contact avec des sacs contenant une vingtaine de produits de la pharmacopée chinoise chauffés à la vapeur (une sorte de fangothérapie chinoise).

À notre arrivée, trois patientes sont en cours de soins dans une même salle.

La première est âgée de 74 ans. Elle présente les séquelles d'une hémiplegie gauche survenue il y a 4 mois. Le traitement par les aiguilles n'a commencé qu'après trois mois d'une prise en charge de type occidental (dont une hospitalisation initiale de trois semaines). C'est la dixième séance d'acupuncture quotidienne. De nombreux points sont utilisés : 23 V (*shenshu*, 肾俞) bilatéral, et du côté hémiplegique, 31 VB (*fengshi*, 风市), 34 VB (*yanglingquan*, 阳陵泉), 36 E (*zusanli*, 足三里), 60 V (*kunlun*, 昆仑), 62 V (*shenmai*, 申脉)...

Elle n'emploie pas la crâniopuncture. Elle recourt parfois à l'auriculothérapie (chinoise). Plusieurs points sont stimulés avec du courant électrique tel le 36 E. Elle prolonge la séance d'acupuncture par une stimulation des muscles par électrothérapie. Le traitement est

complété par des massages chinois : la *tuina* thérapie (推拿). Cette association de mobilisation passive, de massage le long des méridiens, de massage des mains et des pieds (en insistant sur les muscles interosseux), de traction sur les doigts et les orteils. À la fin du traitement qui dure plus d'une heure, elle lui demande de réaliser des mouvements actifs. Une telle prise en charge, en dehors de l'acupuncture, n'est pas éloignée de celle réalisée en médecine physique en occident.

La deuxième personne est une femme jeune, de 42 ans, qui présente une hémiplegie droite et reçoit le même type de soin.

La troisième patiente, âgée de 70 ans, souffre de l'épaule droite. Son traitement comprend de la magnétopuncture associée à de l'acupuncture (Figure 9) complétée d'une thérapie de contact.



Figure 9. Puncture du 4 GI (*hegu*, 合谷) et 5 TR (*waiguan*, 外关) en complément à un traitement par ventouses magnétiques chez une femme souffrant de l'épaule droite.

Les ventouses magnétiques sont en plastique. Elles ont en leur milieu un aimant. Elles sont posées à l'aide d'une pompe. Le vide applique le pointeau aimanté sur la peau. Il ferait fonction d'aiguille, sans effraction cutanée (Figure 10).

Le lendemain, dans la ville de Congjiang (从江), nous faisons connaissance de deux femmes médecins pratiquant la médecine occidentale. Leurs études ont duré trois ans à Kaili. La plus jeune est salariée de la plus âgée, notre interlocutrice (Figure 11 a).



Figure 10. Traitement par ventouses magnétiques chez une femme présentant une sciatique (Cliché P. Margarit Bellver pris dans un service adjacent). Elles sont posées à l'aide d'une poignée qui fait le vide.

Cette dernière s'est spécialisée en ophtalmologie en suivant une formation spécifique supplémentaire d'une année à Shanghai (上海) et un stage de six mois à Anhui (安徽). Elle opère des cataractes (déjà plus de cent interventions). Les patients lui manifestent leur reconnaissance par plusieurs remerciements affichés dans le cabinet et rédigés sur du tissu rouge : merci pour « revoir après l'opération » (Figure 11 b). Cette intervention coûte 700 yuan (70 euros, un demi salaire mensuel). Nous n'avons pas pu voir la salle où elle pratique cette chirurgie. Nous assistons à la prise en charge d'une institutrice qui souffre de diarrhées. Le traitement pratiqué devant nous consiste en une perfusion de gentamycine et de vitamine B 6.

Il n'y a pas d'acupuncteur dans cette ville.



Figure 11 a. Les deux médecins sur le pas de la porte de leur cabinet. Au dessus, 红华诊所, *honghuazhensuo* signifie « Centre de diagnostic de Hong Hua » ou « Clinique de Hong Hua ».



Figure 11 b : De droite à gauche et de haut en bas : 感谢红华诊所 *gan xie hong hua zhen suo* : remerciements à la clinique [privée] de Hong hua ; au centre : 妙手回春重见光明 *miao shou hui chun chong jian guang ming* : « Par votre main miraculeuse le printemps est revenu, je retrouve la lumière » ; puis 从江县贯洞镇干团村梁文秀赠 *cong jiang xian guan dong zhen gan tuan cun liang wen xiu zeng* : District de Cong Jiang, bourg de Guan Dong, village de Gan Tuan, don de Liang Wenxiu. Tout à gauche la date : 16 décembre 2004.

Dans le village de Luoxiang (洛香), nous rencontrons un médecin *han* installé chez les *dong*. Il est originaire de Changsha (au nord-est du Hunan, la ville où est né Mao Ze Dong). Son grand-père pratiquait la phytothérapie traditionnelle chinoise et l'acupuncture. Il a fait des études pendant trois ans à l'Institut de MTC de Changsha. Sa femme est pharmacienne traditionnelle (deux ans d'études). Pendant l'entretien, elle prépare méticuleusement, en pesant chaque partie (Fig. 12), une ordonnance dont un des éléments principaux est du cuir d'ânesse cuit longuement et présenté sous forme de tablette. C'est le traitement pour trois jours d'un patient (que nous ne verrons pas) souffrant d'une faiblesse du cœur (diagnostic par les pouls radiaux).



Figure 12. Préparation d'une prescription de phytothérapie traditionnelle chinoise.

Notre interlocuteur pratique depuis 16 ans l'acupuncture pour les troubles de l'appareil locomoteur. Les autres maladies sont prises en charge avec la pharmacopée traditionnelle (Fig. 13).



Figure 13. Médecin *han* initié à l'acupuncture par son père. Au-dessus de lui, un autel : sa pratique de la médecine est placée sous la bienveillance du dieu de la Fortune (*caishen*, 财神).

Il utilise des aiguilles au manche d'argent qu'il nous présente dans une petite boîte. Il a recours parfois à l'auriculothérapie (chinoise).

Le cabinet-pharmacie est, comme habituellement, largement ouvert sur la rue. Pendant l'entretien, dans le cabinet médical, une partie d'échecs chinois oppose deux personnes assistées de deux spectateurs : la pratique de la médecine en Chine est, parfois, intriquée à la vie sociale.

Notre dernière rencontre avec un médecin du Guizhou est l'une des plus intéressantes. Ce médecin, que le hasard du voyage nous fait rencontrer, est un ancien médecin militaire. Il a appris la médecine allopathique à Liping pendant trois ans et l'acupuncture avec des médecins Han durant son séjour à l'armée (Fig. 14). Il ne pratique pas la pharmacopée chinoise.

Il est l'un des dix médecins qui exercent dans l'hôpital local de Diping (地坪) : une moitié est *dong*, l'autre est *miao*. Ils utilisent surtout la médecine occidentale, mais quatre pratiquent l'acupuncture.



Figure 14. Ancien médecin militaire, pratiquant l'allopathie et l'acupuncture (apprise à l'armée auprès de médecins *han*), présentant sa boîte d'aiguille.

Notre interlocuteur a recouru à l'acupuncture pour traiter l'appareil locomoteur, les hémiparésies, les paralysies faciales et les problèmes intestinaux. C'est lui qui décide du choix du traitement, allopathie ou acupuncture. La salle de consultation, ouverte sur sa longueur sur la rue, possède deux annexes : d'un côté la pharmacie gérée par un pharmacien, de l'autre, une salle avec des lits. Deux patients sont sous perfusion : l'un pour des douleurs d'estomac (perfusion de Cimétidine), le second pour un problème inflammatoire au niveau des yeux (médicaments non précisés).

Conclusion

Ces quelques instantanés, pris sans préparation ni artifice pour le visiteur étranger, au hasard de la route menant de Guiyang à Guilin dans le sud de la Chine, montrent que la médecine traditionnelle chinoise est plutôt une pratique de la majorité *han*. La plupart de ces médecins appartiennent aux minorités du sud-est du Guizhou. Leur formation dure deux à trois ans. Ils ont plus volontiers recours à la médecine contemporaine et à des médicaments de fabrication chinoise appartenant à l'allopathie. Notons à ce sujet la fascination pour les perfusions. Là où nous nous limitons à un traitement oral, les *yisheng* rencontrés ont facilement recours à des traitements par voie veineuse.

Nous avons fait le constat que l'acupuncture est peu diffusée dans le Guizhou. Sa pratique n'est pas associée à celle de la phytothérapie traditionnelle.

Nous n'avons rencontré qu'un seul médecin, à Liping (Figure 13), qui en fasse un exercice exclusif et la pratique comme nous l'avons vu faire lors de séjours précédents en Chine.

Une analyse plus approfondie serait nécessaire pour mieux comprendre dans quelle dynamique, au fil du temps et dans l'espace des provinces du sud de cet immense pays, ont évolué et évoluent les différentes pratiques médicales. Il serait également intéressant de mesurer le rapport qu'il peut y avoir entre ces évolutions dans le domaine médical et celles des autres do-

maines économiques, sociaux et culturels. En d'autres termes, est-ce que la pratique médicale est un bon reflet du niveau d'intégration des minorités dans la société chinoise actuelle ?

C'est une bonne raison pour retourner dans cette accueillante et superbe région de la Chine du sud, encore authentique, épargnée par la modernisation accélérée des villes côtières et par le tourisme à grande échelle.



Figure 15. Le Dr Zhang Yan (à droite), son assistante au centre, Pilar Margarit Bellver et Patrick Sautreuil.

Dr Patrick Sautreuil, Paris

Dr Pilar Margarit Bellver, Oliva, Espagne

Wu Hong (吴洪), Guiyang, Guizhou, Chine

Références

1. Moretti M. Chine l'Empire du Milieu. Gründ, 2005.
2. Bernard P, Huteau M. Chine Insolite des Minorités, Yunnan-Guizhou, Paris:Anako Editions;1996.
3. Bouzat C, Fatin P. Chine, Dans les Monts de la Lune chez les Miao du Sud-Ouest, Paris:Editions de Chêne;2003.
4. Chine. Paris:Lonely Planet Publications;1997.
5. Chine du Sud-Ouest (Yunnan, Guizhou, Guangxi). Paris: Guides Bleus Hachette;2002.
6. Margarit Bellver P, Sautreuil P. Les Stages EFA en Chine : Reportage. Méridiens;1995;104:159-177.
7. Sautreuil P, Brahimi H. Acupuncture à Taichung. Méridiens;1998;110:85-194.
8. Milsky C. Le Dragon Enchaîné. Paris:La Tisserande;2005.



Figure extraite du *Zhen Jiu Da Cheng* édition de 1680 (3^e 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

Jean-Marc Stéphan (Haveluy)

✉ jm.stephan@acupuncture-medicale.org

✠ Rédacteurs en chef

Pierre Dinouart-Jatteau (Bordeaux)

✉ pierre.dinouart@acupuncture-medicale.org

Johan Nguyen (Marseille)

✉ johan.nguyen@acupuncture-medicale.org

Florence Phan-Choffrut (Pantin)

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

Christian Rempp (Strasbourg)

✉ christian.rempp@acupuncture-medicale.org

Laurence Romano (Nîmes)

✉ laurence.romano@acupuncture-medicale.org

Patrick Sautreuil (Le Vésinet)

✉ patrick.sautreuil@acupuncture-medicale.org

✠ Comité éditorial

Robert Hawawini (Chantilly)

Philippe Jeannin (Paris)

Eric Kiener (Paris)

Nguyen Trong Khanh (Toulouse)

Claude Pernice (Aix-en-Provence)

Marc Piquemal (Asuncion, Paraguay)

Yves Rouxeville (Lorient)

✠ Comité de rédaction

Gilles Andrès (Paris)

David Alimi (Alfortville)

Pascal Beaufreton (Nantes)

Anita Bui (Paris)

Bui Van Tho (Paris)

Philippe Castéra (Bordeaux)

Denis Colin (Paris)

Jean-Marc Eysallet (Paris)

Bruno Esposito (Ferrare, Italie)

Jean-Luc Gerlier (Annecy)

Zhao Hong (Beijing, Chine)

Setsuko Kame (Osaka, Japon)

Jean-Louis Lafont (Nîmes)

Christian Mougllalis (Nantes)

Elisabeth RoCHAT de la Vallée (Paris)

Henning Strøm (Arcachon)

Heidi Thorer (Challans)

Tran Viet Dzung (Nice)

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

La revue Méridiens est issue du Bulletin de la Société d'Acupuncture créé en 1950 par les Docteurs Khoubesserian 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).

Acupuncture & Moxibustion

27, Bd d'Athènes,

F-13001 Marseille

☎ 04.96.17.00.31

www.acupuncture-moxibustion.org

ISSN 1633-3454

SIRET 451 817 910 00024

N° commission paritaire : 0307 G 86266

Imprimerie : Media Atelier Méditerranée,

36, rue Falque - 13006 Marseille

Conception Graphique :

Olivier Martin - Tél. : 04 91 46 97 80

Dépôt légal : Décembre 2005.

Abonnements

	France et étranger
Prix du numéro	25 €
Tarif individuel	70 €
Institution	100 €
Tarif réduit ^{(1) (2) (3) (4)}	50 €

(1) Membres des associations partenaires (AFERA, ASMAF-EFA, FMCRCDAO, 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).