

Acupuncture & Moxibustion

MÉRIDIENS

Fondateur

Didier Fourmont

revue française de
**médecine
traditionnelle chinoise**

le mensuel du médecin acupuncteur

Fondateur

Nguyen Van Nghi

Janvier-Février-Mars 2010

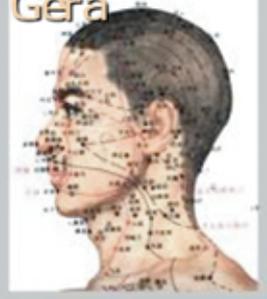
Volume 9. Numéro 1

ISSN : 1633-3454



Cassis, 5 Juin 2010

Gera



La Douleur en Médecine Traditionnelle Chinoise approche interdisciplinaire

SNMAF

Inauguration

Madame Danielle Million, Maire de Cassis, Pr Henri Zattara, Président ODM 13.

Présidence

Dr Renaud Muselier, Vice Président de la Commission des Affaires Etrangères de l'Assemblée Nationale.

Organisation

Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France (Dr Michel Fauré) et Groupe d'Etudes et de Recherche en Acupuncture (Dr Olivier Goret).

Lieu- hébergement (<http://www.cassis.fr/commissions00010121.html>)

Oustaou Calendal, Promenade Aristide Briand, 13260 Cassis, tél : 04 42 01 35 06, <http://www.ot-cassis.com/tourisme/oustau/>

Programme

- Traitement par acupuncture de la douleur : état de l'évaluation. Dr Olivier Goret (La Garde) et Dr Johan Nguyen (Marseille).
- Acupuncture et douleurs chroniques. Résultats d'une enquête de satisfaction auprès des patients du Centre d'Evaluation et Traitement de la Douleur (CHU Nantes). Dr Yunsan Méas (Nantes).
- Douleur et acupuncture en Obstétrique. Annabelle Lambert (sage-femme, La Garde).
- Douleur et diététique chinoise. Marie-Emmanuelle Gatineaud (diététicienne, Le Bouscat).
- Douleur et massages chinois. Gérard Archanges (kinésithérapeute, Paris) – René Couratier (kinésithérapeute, Marseille).
- Atelier Qi Gong. Dr Claude Pernice (Aix).
- Douleur en rhumatologie : traitement par la pharmacopée chinoise. Dr Jean-Pierre Dartigues et Dr Claude Fontaine (Toulouse).
- Table ronde : Quel avenir pour l'interdisciplinarité en MTC.

Inscription – Renseignements Dr Michel Faure ☎ 04 42 01 73 15 drmichelfaure@aol.com,
Inscription : 90€ (gratuit pour les membres du GERA). Repas : 40€.



SOMMAIRE

Chroniques éditoriales

- Le professeur Jean Bossy nous a quittés le 20 Novembre 2009. *Bernard Desoutter* 5
Hommage au Professeur Bossy. *Yves Rouxeville* 7

Anthropologie

- Nguyen Van Nghi (1909-1999) : retour sur l'acupuncture au XX^e siècle. 2) Crise et révolution scientifique. *Johan Nguyen* 9
Les Patients souffrant de cancers et la médecine traditionnelle chinoise (1). Qui sont-ils, pourquoi la MTC ? *Patrick Triadou, Olivier Martin, Yaëlle Amsellem, Lucie Coulon, Elsa Ramos* 16

Etudes traditionnelles

- Le mouvement de l'eau dans l'organisme selon la théorie de la Médecine Traditionnelle Chinoise. *Angela Tudor* 22

Revue et synthèses

- L'acupuncture autour de la naissance : analgésie durant l'accouchement. *Jean-Marc Stéphan* 28

Recherches

- Vaisseau Conception : mer du *yin* ? Preuve expérimentale. *Marc Piquemal, Stéphane Heintz, Rodolfo Castellani* 34

Communications courtes

- Essai de modélisation du syndrome grippal par le système des méridiens. *Tran Tuan Anh* 38

Etudes cliniques

- Acupuncture en salle de naissance : étude préliminaire sur la direction du travail. *Charlotte Gay, Marie-Christine Desmartin, Marie-Hélène Montaigne et Jean-Marc Stéphan* 43
Prise du pouls et Rééquilibration Neuro-Végétative. Le Réflexe Oculo-Cardiaque du D^r Georges Grall. *Monique Mingam* 46
L'acupuncture biomédicale : un modèle factuel de l'acupuncture. *Yun-tao Ma* 50

Evaluation

- Méta-analyse : l'acupuncture est supérieure aux interventions factices sur la douleur et la consommation d'opioïdes en post-opératoire. *Olivier Goret, Johan Nguyen* 56

Actualités professionnelles et syndicales

- Déficit !... Quel déficit ? *Anh Tuan Bui* 61
Recensement des consultations publiques d'acupuncture en France. *Yves Rouxeville* 62

Reportage

- Le Cambodge, un pays où l'Acupuncture est rare. *Patrick Sautreuil, Pilar Margarit Bellver* 64

Livres reçus

69

Le Professeur Jean Bossy



En tant que Vice-Président du Comité de Coordination du DIU pendant près de 10 ans que le Professeur Jean Bossy avait mis en place, j'ai côtoyé et appris à connaître l'homme à la fois humaniste et scientifique. J'ai su également l'apprécier durant les nombreuses rencontres au cours de plusieurs Congrès Internationaux. C'était une grande figure de l'acupuncture française et un Universitaire, dans toute l'acception du mot. En tant que vieil ami de l'AFERA, association nîmoise qu'il avait également créée et de la plupart de ses membres, je tenais à m'associer à l'hommage que Bernard Desoutter et Yves Rouxville lui rendent dans ce numéro. Enfin, de part mes fonctions de Vice-président de la FA.FOR.MEC et du CFA-MTC et de Rédacteur en Chef de la revue, je me devais de rendre un hommage de toute la profession à l'un de ceux qui ont contribué à aider l'Acupuncture, par son action nationale et internationale et par ses nombreux ouvrages.

Pierre Dinouart-Jatteau

Bernard Desoutter

Le professeur Jean Bossy nous a quittés le 20 novembre 2009



Le professeur Jean Bossy, par la singularité de son ouverture d'esprit, sa quête permanente dans la recherche et la transmission de son savoir, a permis à la médecine traditionnelle chinoise de s'intégrer à la médecine occidentale en lui apportant une reconnaissance officielle universitaire. Grâce à son impulsion, l'élaboration de ce projet, qui lui tenait particulièrement à cœur, est la première pierre sur laquelle a pu se construire l'édifice actuel de l'enseignement qui a permis la mise en place du diplôme universitaire, puis inter-universitaire, pour aboutir à la récente capacité.

Dans les années 1972, et peut-être bien avant, interrogé par la pratique de la médecine chinoise, Jean Bossy, accompagné de quelques jeunes envahis du même enthousiasme, ira glaner ici et là formations, informations et documents concernant cet art des aiguilles et des moxas.

A cette époque lointaine on parlait beaucoup de Ni-boyer, Nogier, Bourdiol dans l'ancienne capitale Lyonnaise de la Gaule.

Dès 73, ce groupuscule nîmois envisage de se réunir pour reprendre les bases et les principes de l'acupuncture : un lieu, le laboratoire d'anatomie de la faculté, un chef, le professeur Jean Bossy, des adeptes de ce qui était alors encore qu'une secte : J.C. Maurel, J.L. Lafont, C. Chaput, M. Seoane ... et quelques autres.

Il y a 34 ans, à la veille du jour de la disparition du Professeur Jean Bossy en cette année 2009, fut officiellement constituée le 19 novembre 1975 l'A.F.E.R.A. qui était alors l'Association Française pour l'Etude des Réflexothérapies Appliquées.

Le groupe, sous son imprégnation, établit un enseignement reprenant les bases essentielles de la méthode des points et des méridiens, du *yin-yang*, des cinq éléments et... bien sûr de la neuro-biologie des réflexothérapies.

C'est l'époque de la fameuse querelle des anciens et des modernes, des « traditionnels » et des « réflexothérapeutes », terme méprisant dont nous avons été longtemps affublés par les puristes de la tradition.

C'est aussi à la même période que le professeur Jean Bossy met en place dans son service, une consultation de réflexothérapie (on ne disait pas encore acupuncture) à l'hôpital de Nîmes.

Car le Professeur Bossy avait un projet en tête : introduire l'acupuncture au sein de l'université. Et, pour ne pas s'opposer au cercle rigide des instances officielles, il souhaitait coller au plus près de l'acceptable pour les Doyens de la Faculté. Je me souviens du conseil qu'il nous avait donné de présenter un programme qui pourrait être toléré, dans le libellé des titres des cours d'enseignement, nous laissant libre ensuite de présenter les notions les plus ésotériques que nous souhaitions apporter.

Quel fut notre étonnement lorsque nous nous sommes aperçus que ses connaissances et ses propositions allaient encore plus loin dans la vision des concepts de l'acupuncture traditionnelle que pour certains d'entre nous ! En 80 paraît « Sémiologie en acupuncture » de J. Bossy, J.C. Maurel et J.L. Lafont, le BLM, comme nous l'appelons, premier recueil de symptômes, et leur analyse dans le cadre des huit règles. Un grand pas !

C'est à peu près à cette époque que l'A.F.E.R.A. deviendra l'Association Française pour l'Etude des Réflexothérapies et de l'Acupuncture. Lente évolution !

En 83 le docteur Bernard Auteroche publiera « *le diagnostic en médecine chinoise* » qui créera une révolution dans les programmes d'enseignement.

Et c'est enfin en 1985 que les doyens de faculté reconnaissent l'acupuncture. Un Diplôme Universitaire puis Inter-universitaire est créé.

Le professeur Bossy, que nous appelions amicalement entre nous Le Boss, tout un symbole ! pouvait alors confier l'association à ses fils adoptifs.

Durant tout ce temps, travailleur infatigable, le professeur Jean Bossy consulte articles et publications internationales, participe aux débats dans le monde entier, peaufine conférences et communications. Il consacre les quelques heures de train séparant deux congrès à corriger des copies, préparer un cours futur et, entre deux avions, relire les épreuves de ses livres : analgésie (en 1982), bases neurobiologiques des réflexothérapies (83), les microsystèmes de l'acupuncture (83), l'auriculothérapie, avec le docteur Rouxville (2007), mais aussi les médecines de l'Asie (en 78), la synthèse des travaux du symposia de Pékin (79), sémiologie en acupuncture (en 80), un atlas anatomique d'acupuncture (82), un formulaire d'acupuncture (86), la nosologie traditionnelle chinoise (89), acupuncture et médecine traditionnelle orientale (96).

Il fut l'initiateur, dès les débuts de l'Internet, de la banque de données « Acubase » de la Bibliothèque Universitaire de Nîmes à qui il a confié un nombre inestimable de revues. Cette base de données propose plus de 18500 articles, références de congrès, livres, mémoires et thèses sur l'acupuncture qui peuvent être consultés à la bibliothèque ou adressés par voie postale. Jean Bossy, par son

exigence, nous a donné le sens de la rigueur scientifique dans la structuration de nos publications : résumé en anglais, mots clés, bibliographie selon les critères internationaux utilisés dans le monde scientifique.

Nous garderons l'esprit de son enseignement, le souvenir de sa simplicité, son ouverture d'esprit, sa chaleur humaine.

Le professeur Jean Bossy nous a quittés le 20 novembre 2009.

Aujourd'hui, dans la tristesse, les médecins de l'AFERA, ses fils spirituels et tous les acupuncteurs qui l'on connu se sentent orphelins.

Mais le souvenir de Jean Bossy veillera encore longtemps sur cette association dont il fut le créateur et dont il a été et restera toujours le Président d'honneur. Nous adressons nos condoléances à sa famille et à ses proches.

D^r Bernard Desoutter

Président de l'AFERA

25, avenue Aristide Briand, 34 170 Castelnau Le Lez.

☎ 04 67 72 37 64

✉ desoutter@wanadoo.fr

Yves Rouxeville

Hommage au Professeur Bossy



Le Professeur Jean Bossy s'est éteint le vendredi 20 novembre. Ces dernières années, et surtout ces derniers mois, ont été des périodes particulièrement pénibles, pour lui et pour ses proches.

À plusieurs fois, nous avons conversé sur l'un des sujets les plus graves de l'art médical : la fin de vie et les limites que la Médecine doit borner. Jean Bossy avait été responsable d'un service de personnes âgées ; il concevait et souhaitait une aide plus soft que le *Men Santel* des Bretons.

Comme l'ont fait l'Italien A. Quaglia Senta et le Soviétique Durinyan, il s'est efforcé de conduire l'Auriculothérapie vers une voie médicale, de la présenter comme un concept intégré dans les réflexothérapies [1], explicable par la neurobiologie [2].

De connaissance encyclopédique et d'un esprit ouvert, ce Professeur Honoraire à la Faculté de Médecine de Nîmes fut l'artisan de la reconnaissance de l'Acupuncture par le Conseil de l'Ordre et de son introduction dans le programme d'enseignement de plusieurs Facultés de Médecine [3]. D'un niveau d'exigence particulièrement élevé, il maniait avec détermination le crayon rouge du correcteur. Mais aussi, il n'hésitait pas à souligner les erreurs sémantiques ou de jugement à éviter dans les écrits ou lors de l'enseignement en Auriculothérapie.

À l'OMS, il a vainement cherché à faire comprendre que l'école chinoise et l'école lyonnaise avaient raison chacune en proposant des cartographies différentes du membre inférieur. Il y a également combattu le concept erroné de représentation des structures du cerveau sur le pavillon de l'oreille. Ne refusant jamais d'apporter ses conseils, il était intransigeant sur les fondamentaux

comme sur l'éthique, même si son sourire et ses légendaires yeux gris bleu opéraient un charme certain.

Très lié avec Guy Mazars, le directeur de la collection Médecines d'Asie aux éditions Springer, il avait écrit le chapitre « *Anatomie de surface, embryologie et innervation de l'auricule humaine* » dans un livre réalisé en commun avec l'école nantaise [4].

Refusant toute dichotomie, entre l'Acupuncture et la Médecine, comme entre l'Auriculothérapie et l'Acupuncture, il était particulièrement satisfait que les bases de l'Auriculothérapie soient enseignées et intégrées au sein de la Capacité d'Acupuncture, à l'Université de Nantes. De même que les perfectionnements et l'Auriculo-médecine, moins ou non évalués, trouvent leur juste place dans l'enseignement post-universitaire, la FMC.

Le lendemain du départ du P^r Jean Bossy, débutait à la Faculté de Médecine de Sfax (Tunisie) une formation universitaire regroupant 85 médecins. Yunsan Méas et Yves Rouxeville s'étaient déplacés pour « *enseigner les découvertes de Paul Nogier, avec l'esprit du P^r Bossy* », de la même façon qu'à Nantes !



Le P^r Bossy, entre le P^r Lajat et le D^r Romoli à droite de la photo, le 2 juin 2007, à Paris.

Au milieu des années 1950, une fois sa thèse soutenue, le Dr Jean Bossy effectua ses obligations militaires pendant quelques mois en Tunisie et en Algérie. Sa flamme, entretenue par des médecins locaux, se perpétuera au-delà de la Méditerranée, dans la médecine du XXI^{ème} siècle.

Dr Yves Rouxeville
✉ yves.rouxeville@orange.fr

Références

1. Bossy J, Prat-Pradal D, Taillandier J. Les microsystèmes de l'acupuncture. Paris: Masson; 1984.
2. Bossy J. Bases neurobiologiques des réflexothérapies. Paris: Masson; 1983.
3. Guilloux R. De l'exotique au politique : la réception de l'acupuncture Extrême-Orientale dans le système de soins français (XVII^e-XX^e siècles) [Thèse de Sciences Politiques]. Lyon: Institut d'Études Politiques; 2006.
4. Rouxeville Y, Meas Y, Bossy J. Auriculothérapie, Acupuncture auriculaire. Paris: Springer Verlag; 2007.



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

Johan Nguyen

Nguyen Van Nghi (1909-1999) : retour sur l'acupuncture au XX^e siècle. 2) Crise et révolution scientifique

Résumé : Au XX^e siècle, la médecine chinoise est l'objet d'une profonde mutation. Sa mondialisation en est le caractère le plus spectaculaire et le plus inattendu compte tenu de sa situation au début des années 1900. La France a joué un rôle de pivot central dans la diffusion à l'Occident. Nguyen Van Nghi (1909-1999), comme Soulié de Morant, a été témoin et acteur important de cette période. Après avoir abordé dans une première partie les facteurs historiques, sociaux et politiques qui sous-tendent et expliquent ces transformations, dans cette deuxième partie sont analysées les tensions qui en résultent et les conséquences sur les savoirs véhiculés. **Mots clés :** Nguyen Van Nghi - Soulié de Morant - Chine - Vietnam - France.

Summary: In the twentieth century, Chinese medicine is the subject of a profound change. Globalization is the most dramatic and most unexpected characteristic taking into account its situation in the early 1900s. France has played a pivotal role in the spreading to the West. Nguyen Van Nghi (1909-1999), as Soulié de Morant was a witness and key player in this period. The first part dealt with the historical, social and political underlying and explaining these changes. This second part analyzes the resulting tensions and the impact on the knowledge conveyed. **Keywords:** Nguyen Van Nghi - Soulié de Morant - China - Vietnam - France.

Nguyen Van Nghi s'installe à Marseille en 1959. A partir de cette date, il va pratiquer l'acupuncture en exercice exclusif. Très rapidement une controverse se déclare avec une autre grande figure marseillaise : Jacques Emile Niboyet. Cette polémique est hautement symbolique de cette époque de l'acupuncture française. Au delà de l'affrontement local de deux fortes personnalités, quel en était le sens ?

La présentation habituelle est celle d'un affrontement entre science (Niboyet) et tradition (Nguyen Van Nghi). C'est une erreur de perspective. Le choc est celui de la rencontre de l'acupuncture française, celle issue des années trente et de Soulié de Morant, et de l'acupuncture issue de la modernisation de la Chine et du Vietnam. La différence est dans le contexte social et culturel et les contraintes qui se sont exercées sur l'une et sur l'autre. Niboyet se situe à la suite immédiate de Soulié de Morant qui rédige la préface de son premier livre «*Essai sur l'acupuncture chinoise pratique*» [1]. Il est porteur d'une rupture, d'une discontinuité sociale et culturelle. Un fossé est creusé entre d'un côté une médecine traditionnelle momifiée, et d'un autre une science qui se veut triomphante et explicatrice de toute chose. Nguyen Van Nghi au contraire marque une continuité et une translation entre l'ancien et le moderne. Il témoigne du passage de la société asiatique traditionnelle à la société asiatique moderne.

La contrainte de la science

Pour les Européens, la référence à la raison et à la science répond à une évidente contrainte pour assurer le transfert et l'implantation durable de l'acupuncture en France. C'était un sésame pour assurer la crédibilité de l'acupuncture vis-à-vis des milieux médicaux, hier comme aujourd'hui. Le savoir que Soulié de Morant dit transmettre, c'est un savoir vérifié et expliqué par la science : «*Mon œuvre a consisté... à mettre en lumière ce dont les expériences sous un étroit contrôle scientifique ont démontré l'efficacité, en apportant souvent une explication éclairée par nos conceptions physiologiques... La médecine française qui a été la première à étudier et à mettre en pratique l'acupuncture, peut encore se dire véritablement la première pour sa mise au point scientifique*» [2]. De façon explicite, le premier article de Soulié de Morant et Ferreyrolles en 1929 porte pour titre «*L'acupuncture en Chine vingt siècles avant JC et la réflexothérapie moderne*» [3], même si les auteurs reviendront ensuite sur la relation à la «*réflexothérapie*».

Mais cette référence à la science ne pouvait être qu'une simple déclaration d'intention, un habillage pseudo-savant de l'acupuncture. Pierre Huard observe : «*De 1930 à 1950, on assiste à l'émergence, d'abord parisienne, puis nationale, d'une acupuncture qui veut être rationnelle, mais qui n'est pas encore scientifique, parce qu'elle man-*

que d'un appareillage précis et de référence neuro-anatomiques et neuro-physiologiques» [4]. Nous pouvons facilement, avec le recul historique, étendre cette période où les moyens techniques et théoriques étaient absents jusqu'aux années 70 et la naissance d'une véritable acupuncture expérimentale [5].

Niboyet et Nguyen Van Nghi étaient des hommes de leur temps : ils étaient porteurs des tensions de la décolonisation. Pour mon père, cette prétention occidentale à incarner la raison et la science opposées au supposé ésotérisme de la tradition était illégitime. C'était le prolongement à la médecine des idées coloniales de la III^{ème} et IV^{ème} République : la croyance en une mission civilisatrice de la France sur les sociétés indigènes arriérées. De la même façon que «*Liberté, Egalité, Fraternité*» était un concept magnifique mais désespérément virtuel pour l'indigène colonisé, la référence à la science était tout aussi virtuelle et la référence à la rationalité incongrue et arrogante pour le médecin vietnamien. Il lui semblait évident que le cœur de la médecine traditionnelle était de nature rationnelle et que le discours prétendument scientifique de l'époque n'était qu'un discours spéculatif se contentant de suggérer pour l'acupuncture de vagues explications, tout au plus plausibles pour l'époque.

La transmission : savoir initiatique et savoir académique

Le transfert de l'acupuncture en France est présenté comme un double dévoilement, un double passage de l'ombre à la lumière. D'abord parce que c'est un savoir hermétique qui va être expliqué par la raison et la science, mais aussi parce que c'est un savoir caché, normalement inaccessible à l'occidental. C'est par sa connaissance de la Chine et de son étiquette que Soulié de Morant déclare avoir pu gagner la confiance des Docteurs Yang de Shanghai et Li de Kuming et accéder ainsi au savoir traditionnel [2]. Niboyet dit avoir été initié à Marseille par «*un asiatique, acupuncteur dans son pays*» [1] ; Borsarello, médecin lieutenant du corps expéditionnaire français à Saïgon en 1955, par un médecin viêt-minh prisonnier en attente de son rapatriement au Nord [6] ; de la Fuye en 1913 par un médecin japo-

nais d'un village aux environs d'Osaka [7]. L'initiation est systématiquement précédée d'une révélation suite à l'observation de guérisons miraculeuses. L'épisode de l'épidémie de choléra de 1901 révélateur de l'efficacité de l'acupuncture à Soulié de Morant est célèbre et remarquablement similaire à un épisode rapporté par des missionnaires jésuites 150 ans auparavant. Dans tous ces récits de révélation et d'initiation il y a sans aucun doute une bonne part de fiction, mais ils constituent un élément central et convenu de la légitimité de l'acupuncteur français.

Avec Nguyen Van Nghi, un nouveau mode de transmission apparaît. Dans «*Pathogénie et pathologie en médecine chinoise*», est présenté un savoir institutionnel public, un savoir académique des Instituts de Médecine Traditionnelle de Chine et du Vietnam [8]. La médecine traditionnelle se structure autour d'un corpus de savoirs et de pratiques partagé par une communauté médicale et n'est plus une activité privée, semi-secrète. A la différence de Soulié de Morant ou de Niboyet, Nguyen Van Nghi ne met pas en scène son initiation. Et pour cause, il nous a souvent rapporté avec autodérision sa «non-initiation» : jeune médecin, il s'était rendu chez un compatriote, confrère plus âgé pour lui demander de le former à l'acupuncture. Il s'était vu éconduire au motif que le confrère entendait garder ses secrets pour les transmettre à ses enfants. L'acquisition de son savoir se fera par sa relation aux nouvelles structures institutionnelles mises en place au Vietnam.

La différence entre la transmission initiatique et la transmission académique a une importance capitale sur le statut du savoir véhiculé. Le savoir institutionnel est un savoir de consensus partagé dans une communauté scientifique. Il sous-entend un processus d'échanges et de débats, il laisse la place à la différence et à l'évolution. La transformation moderne de la médecine traditionnelle en Chine est souvent décrite péjorativement comme une «standardisation» [9]. Il s'agit, en fait, de la conséquence obligatoire et légitime de sa professionnalisation et de son institutionnalisation. Le savoir «standardisé» définit un corpus ouvert et débattu, base de toutes les disciplines scientifiques et médicales. Au contraire, la transmission de maître à disciple, la trans-

mission initiatique rend problématique la remise en cause et la transformation des savoirs. Le maître exerce une tutelle, définit un cadre dont l'élève peut difficilement s'extraire. L'acupuncture en France est basée sur ce modèle qui induit un fort rapport d'opposition ou d'ignorance vis-à-vis des autres courants de pensée et plus généralement de toute innovation extérieure. C'est une différence structurelle importante avec l'acupuncture en Chine (figure 1).

La vraie acupuncture

Dans *«L'énergétique humaine»* [10] comme dans *«Pathogénie et pathologie énergétique»* [8], Nguyen Van Nghi introduit des éléments du corpus traditionnel sur l'énergie (*weiqi, yuanqi...*) et les méridiens (notamment les tendino-musculaires et les distincts) qui sont nouveaux par rapport à l'acupuncture de Soulié de Morant. Ce qui entraîne une vive réaction de Niboyet lors du premier congrès de la CNAMA : *«Nous voudrions parler d'une autre limite que l'acupuncture ou plutôt les acupuncteurs ne doivent pas dépasser : c'est celle du ridicule. Vous avez sans doute compris qu'il s'agit de ce que l'on peut appeler une « mode nouvelle » qui sévit actuellement chez certains acupuncteurs et qui serait originaire du Vietnam. Ce new-look fait état de l'existence dans le corps... de multiples autres énergies qui vont par exemple de l'Oé, ou de l'Ancestrale à la Perverse. ... Si cette notion d'énergie multiple est une ancienne sottise, celle qui*

soutient l'existence de « méridiens musculo-tendineux et distincts » en est une nouvelle... Car cette notion de « méridiens musculo-tendineux et distincts », et cela est une certitude n'est pas ancienne. On ne la retrouve en effet nulle part, ni dans l'antiquité, ni dans un passé récent...» [11].

Ce n'est pas un scientifique (Niboyet) qui s'oppose à un traditionnaliste (Nguyen Van Nghi), c'est même l'inverse, un ancien (Niboyet) qui s'oppose à un moderne (Nguyen Van Nghi). La polémique se déroule pleinement dans le champ de la tradition avec Niboyet en posture de gardien du temple. C'est bien le savoir établi, celui de Soulié de Morant qui est confronté à l'émergence d'un nouveau savoir, celui des institutions de Chine et du Vietnam. Soulié de Morant avait intitulé son premier livre *«Précis de la vraie acupuncture chinoise»* [12]. La *«vraie»* acupuncture renvoyait à la *«fausse»* acupuncture du XIX^{ème} siècle. Pendant quarante ans, la plus grande partie de l'acupuncture française vit avec la conviction forte que la *«vraie acupuncture»* a été définie par le Maître. Dans cette polémique, on voit poindre l'idée singulière d'une France gardienne de la tradition médicale chinoise faisant face à une réinvention de la tradition en Chine.

La science implicite

«Pathogénie et pathologie» marque un autre changement par rapport aux livres français de l'époque : le discours



Figure 1. Deux perspectives sur l'acupuncture au XX^e siècle, deux modes de transmission et de développement. Soulié de Morant, Consul de France en Chine dans les années 1900 et le premier ministre chinois Zhou Enlai en 1961 entouré des professeurs de l'Académie de Médecine Traditionnelle Chinoise à Beijing.

convenu sur la science est absent. C'est ainsi que Nathan Sivin note à propos de l'«Aperçu» que «*les auteurs ont été très peu influencés par la médecine moderne*» [13]. Mais cela ne signifie pas que les auteurs tournent le dos à la science. Pour les asiatiques dans les années 50, la contrainte n'étaient pas la justification scientifique. La médecine traditionnelle était implantée depuis toujours, elle avait une validation sociale et un soutien politique. La problématique initiale était sa structuration et sa position dans le système de soins d'un état moderne. Paul Unschuld rétablit la perspective : «*ce travail est connu également en occident où il fut parfois mal compris et considéré comme une introduction à la médecine classique traditionnelle*» [14]. C'est que l'«Aperçu» comme «*Pathogénie et pathogénie*» sont porteurs d'autre chose. Unschuld présente cela de cette façon : «*L'aperçu est la plus aboutie des nombreuses tentatives que firent les auteurs chinois des années cinquante pour développer une théorie standardisée de la médecine chinoise susceptible de s'adapter à la rationalité occidentale. Dans ce but étaient choisies, parmi le corpus d'idées hétérogènes et parfois contradictoires qui s'était constitué jusqu'au XIX^{ème} siècle, des conceptions dépourvues de tout postulat métaphysique et qui n'entraient pas en contradiction avec les connaissances induites par la science moderne*» [14].

L'«Aperçu» est la synthèse ordonnée des propositions rationnelles de la médecine chinoise, c'est-à-dire la nécessaire distinction dans le corpus classique entre les propositions de nature scientifique qui relèvent de l'activité médicale et les propositions d'une autre nature [15]. Ce qui est absent dans «*Pathogénie et pathologie*» ou dans l'«Aperçu», ce n'est pas la science, c'est le contraire, ce sont les éléments non scientifiques de la tradition chinoise et les éléments de pseudoscience de l'acupuncture française. L'«Aperçu» est la première étape d'un programme cohérent de développement de la médecine traditionnelle. Il correspond à un état des lieux des savoirs et des pratiques, à un consensus sur un corpus académique. La deuxième étape sera la mise en place et le développement d'une recherche clinique et expérimentale sur ce corpus.

L'« invention » de la MTC

Il y a ainsi une discordance apparente entre le point de départ qui semble être la tradition et le point d'arrivée

qui semble être la science. Les sinologues présentent habituellement ce processus d'une façon globalement dépréciative : Elisabeth Hsu parle d'une «*tradition inventée*» [16], Heiner Fruehauf de «*making of TCM*» [17], Frédéric Obringer de tradition «*forgée de toute pièce*» : «*... la notion problématique de médecine chinoise traditionnelle forgée de toute pièces pour des raisons idéologiques et pédagogiques en Chine, trouve un écho croissant en Europe, dans la mesure où un nombre grandissant de praticiens et d'enseignants d'origine chinoise (ou vietnamienne comme le Dr Nguyen Van Nghi, auteur de l'ouvrage très réputé Pathologie et pathogénie énergétique en médecine chinoise contribuent au développement de l'acupuncture à la mode occidentale*» [18]. Pour Paul Unschuld, il y a une «*volonté politique de subvertir de manière progressive et irréversible l'ancien corpus théorique par la science moderne*» [14].

Les sinologues appliquent à la médecine traditionnelle chinoise le concept de «*tradition inventée*» d'Eric Hobsbawm qui a montré que «*des traditions qui semblent anciennes ou se prétendent telles ont souvent une origine très récente et sont parfois inventées*» [19]. Il s'agit en fait d'innovations cachées derrière l'apparence d'une continuité avec le passé, largement fictive et liées à une stratégie politique. Que le cadre soit la Chine communiste parait renforcer cette idée de manipulation, et cette manipulation est principalement orientée vers l'Occident. L'utilisation de l'appellation anglaise «*Traditional Chinese Medicine*» est considérée par Paul Unschuld comme un argument déterminant : «*Alors qu'en chinois on a continué à la désigner par le terme zhongyi, en langue anglaise les Chinois ont préféré l'appellation Traditional Chinese Medicine (TCM) ou Médecine Chinoise Traditionnelle. Ils ont ainsi, sciemment, laissé croire qu'il s'agissait tout bonnement d'une continuation de la tradition. Cette appellation montre clairement que la démarche ne s'adressait pas seulement à la population chinoise, mais qu'il s'agissait aussi de proposer aux occidentaux intéressés une interprétation très sélective de la tradition*» [14]. Parler de tradition inventée à propos de la MTC suggère 1) que la référence à la tradition est illégitime, 2) que la transformation est masquée et 3) que cette fiction répond à une stratégie politique. Mais la continuité avec les propositions de la tradition

médicale chinoise peut difficilement être contestée. Nathan Sivin observe à propos de l'«*Aperçu*» : «*l'exposé des théories traditionnelles est relativement complet, systématique et inaltéré*» [13]. De même, il est difficile de voir dans la transformation de la médecine traditionnelle un processus masqué : l'objectif d'une intégration des deux médecines est clairement annoncé dès le début par Mao Zedong et Ho Chi Minh, et ensuite constamment affiché. Enfin, l'objectif stratégique dont la cible serait les occidentaux est peu crédible dans la mesure où le processus est mis en place dans les années 50 dans un contexte inverse de mise à distance de l'Occident. Le terme «*Traditional Chinese Medicine*» apparaît dès cette période dans le Chinese Medical Journal [20]. La discussion sur l'appellation anglaise vise à argumenter l'invention de la tradition orientée vers l'Occident. Le terme utilisé est secondaire si le contenu est clairement défini : ce dont il est question c'est de la partie de la médecine qui a pour objet l'étude, l'application et le développement des pratiques et savoirs médicaux issus du monde chinois. C'est-à-dire que la référence à la tradition, que cette référence soit explicite (Médecine Traditionnelle Chinoise) ou implicite (Médecine Chinoise) est légitime puisque c'est l'objet d'étude même de cette branche de la médecine, et que le développement moderne de cette tradition en tant que savoir scientifique est tout aussi légitime.

La thèse de la tradition inventée appliquée à la médecine chinoise est, en fait, une expression de relativisme culturel. Il est présupposé que la tradition médicale chinoise est une totalité fermée, séparée de la médecine dite occidentale par une frontière hermétique et taboue tracée entre les deux. Son franchissement contemporain est interprété comme un basculement masqué (car inavouable) sur une invention moderne imposée politiquement. La médecine chinoise étant un ensemble clos à préserver, sa mutation ne peut être liée qu'à une volonté extérieure pour une mauvaise cause.

La réponse universaliste

Paul Unschuld observe «*une vraie dichotomie*» entre deux présentations de la médecine chinoise : «*d'une part celle proposée par la Chine populaire et reprise dans les milieux de praticiens ; d'autre part, celle qui se dé-*

gage d'une étude rigoureuse de l'histoire de la médecine chinoise» [14]. Il y a effectivement un malentendu entre la perspective du sinologue, orientée vers le relativisme culturel et celle du médecin, orientée vers l'universalisme. Le relativisme culturel amène à penser que toutes les connaissances sont équivalentes. Cette position est rapidement intenable pour le médecin confronté à des propositions contradictoires. La médecine est certes une pratique sociale, mais ce dont il est question, ce n'est pas d'un rituel ou d'une symbolique, mais d'une pratique articulée autour de savoirs scientifiques. Le médecin chinois et le médecin occidental pratiquent une même discipline avec un même objet et un même objectif. La non-mise en relation de leurs savoirs, l'«*incommensurabilité*» [21] des deux médecines présupposent que les savoirs traditionnels sont d'une autre nature que les savoirs rationnels et scientifiques de la médecine occidentale. Le relativisme culturel est en apparence une attitude positive de tolérance à l'égard de la culture chinoise. Mais la résultante paradoxale est qu'il conduit à confiner le Chinois dans la tradition et le passé. Le relativisme invite le Chinois à renoncer aux développements légitimes de sa tradition scientifique ; il dénature ses propositions scientifiques en dogmes et en croyances. L'évolution contemporaine marque clairement l'affirmation inverse de l'universalisme. Nguyen Khac Vien, médecin vietnamien de formation occidentale l'exprime ainsi : «*L'exemple n'est pas rare de trouver des médecins chinois ou vietnamiens qui affirment que les théories médicales traditionnelles mises au point il y a plusieurs siècles étaient entièrement justes, quitte à affirmer l'existence de deux sciences parallèles. Il n'y a en réalité qu'une science, celle dont les concepts et les démarches correspondent à la nature des choses*» [22]. L'universalisme s'impose logiquement si on analyse le corpus médical chinois comme un ensemble de propositions de nature scientifique. La transformation, la «*subversion*» «*progressive et irréversible de l'ancien corpus théorique par la science moderne*» [14] n'est jamais que le processus évolutif normal de toutes les sciences, à toutes les époques. Ce qui est interprété par les anthropologues comme une tradition inventée est en fait pour le médecin une révolution scientifique dans une disci-

plaine préalablement et nécessairement scientifique. Jusqu'au XVIII^e siècle, médecine chinoise et médecine européenne sont habituellement considérées comme de niveau et de structure équivalents. La mutation de la médecine européenne s'est réalisée sur un ou deux siècles, celle de la médecine chinoise se réalise sur une ou deux décennies.

Crise et révolution scientifique de la médecine chinoise

Se plaçant dans une perspective résolument relativiste, Heiner Fruehauf voit dans l'intégration des deux médecines une crise de la médecine chinoise (*«chinese medicine in crisis»* [17]). D'un point de vue universaliste, c'est l'inverse : c'est la résolution de la crise provoquée deux siècles auparavant par la rencontre des médecines chinoise et européenne.

Ernest Martin, médecin à la légation de France à Pékin rapporte en 1872 cette anecdote : *«Le médecin d'une canonnière anglaise perdit un des matelots de son équipage atteint de typhus ; il pria son collègue qui exerçait depuis quelques années à Canton de l'assister dans l'autopsie qu'il désirait faire. Celui-ci s'empressa d'inviter deux praticiens chinois à cette autopsie qu'il supposait pouvoir les intéresser. Ils acceptèrent par politesse, bien qu'à vrai dire ils eussent préféré qu'on les laissât chez eux. L'autopsie eut lieu : les deux médecins anglais mirent un soin extrême à montrer à leurs chers invités les rapports des divers organes, puis, quand ils eurent terminé, persuadés que ces braves Chinois n'en avait jamais tant vu de leur vie, ils leur demandèrent s'ils étaient satisfaits et s'ils ne désiraient pas être éclairés sur quelques points restés obscurs dans leur esprit : «Nous sommes, dirent-ils, confondus de tant de complaisance de votre part ; mais nous devons vous avouer que tout ce que nous venons de voir est en désaccord complet avec ce que nous enseignent nos livres». Les deux médecins anglais s'inclinèrent, et, après les salutations d'usage, restèrent comme stupéfaits, ne sachant que déplorer le plus de la naïveté ridicule de leur collègues chinois, ou de leur orgueil insensé»* [23].

Les médecins anglais perçoivent de la naïveté ou de l'orgueil, mais la réponse évasive des Chinois est magnifique par tout ce qui est implicite. Ils sont face à un problème fondamental, et ils n'ont pas les moyens, en

l'état, de le résoudre. Le savoir anatomique des Chinois n'est pas confronté au savoir anatomique des Européens, il est confronté à la réalité du corps humain. La réponse des médecins chinois laisse à penser qu'ils ont parfaitement compris ce qu'ils ont observé et qu'ils entrevoient les conséquences. Ils font le constat d'une discordance majeure entre l'observation des faits et leurs théories et ils formulent à la chinoise le problème perçu. C'est en cela qu'ils sont de vrais scientifiques : *«c'est précisément le sens du problème qui donne la marque du véritable scientifique»* (Gaston Bachelard [24]).

Face aux réalités nouvelles qui émergent, la première réponse aux XVI^e et XIX^e siècles sera de postuler que le corps du Chinois est différent de celui de l'Européen. Le révérend père Huc tombé malade lors de son voyage vers le Tibet (1844-1846) se voit ainsi proposé par un médecin chinois un traitement par acupuncture. : *«L'idée de ses aiguilles nous déplaisait ; il se garda bien d'insister, surtout après que maître Ting lui eut fait observer avec une merveilleuse sagacité que les Européens n'étaient pas, peut-être, organisés de la même manière que les Chinois et il s'exposait beaucoup à ne pas rencontrer juste en enfonçant les aiguilles. Quelle témérité ! s'écriait maître Ting ; est-ce que nous connaissons les Européens ? Qui sait ce qu'ils ont dans le corps ?* [25]. Yu Zhengxie à la même époque observe : *«Les occidentaux prêchent leur religion en espérant que les Chinois vont l'adopter. Mais savent-ils que les Chinois ont une organisation différente des organes et des vaisseaux ? Les Chinois susceptibles de suivre leur religion sont ceux dont les organes sont incomplets»* [26]. Une autre réponse sera que les Européens observent des cadavres alors que les Chinois ont la connaissance du vivant : *« Quand le souffle (qi) a cessé, comment identifier la porte du souffle (qimen) ? ... Quand vous tenez le foie ou les poumons dans votre main, que savez-vous de leur arrangement dans le corps ? »* (Lu Maoxiu, 1884 [27]). La dernière ligne de défense, au moment de la Chine Républicaine, sera l'existence de deux sciences, le relativisme médical évoqué par Nguyen Khac Vien.

Pour le médecin chinois, les choses ne peuvent plus être comme avant. L'adaptation à *«la rationalité occidentale»* [14], est en fait l'adaptation d'une rationalité universelle à de nouveaux faits, à de nouvelles connaissances, à des

procédés de mise à l'épreuve. Ce n'est pas une contrainte politique externe qui s'exerce, c'est la contrainte interne et objective du corps humain qui s'impose à tous les médecins. C'est parce que la tradition médicale chinoise est porteuse de propositions rationnelles et scientifiques qu'elle peut intégrer ces changements et se déployer de façon nouvelle. La MTC est le siège d'une révolution scientifique qui amène à une reformulation des questions posées, à de nouvelles recherches et de nouvelles pistes, à de nouveaux phénomènes et conduit à poser de nouveaux problèmes. Cette révolution scientifique comme toute révolution scientifique est à la fois radicale, exprimant une nouvelle façon de penser, et à



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

Références

1. Niboyet JEH. Essai sur l'acupuncture chinoise pratique. Paris: Dominique Wapler. 1951.
2. Soulié de Morant G. L'acupuncture chinoise. Paris: Mercure de France; 1939.
3. Soulié de Morant G, Ferreyrolles P. L'acupuncture en Chine vingt siècles avant JC et la réflexothérapie moderne. L'homéopathie Française. 1929; juin:403-16.
4. Huard P. La médecine française et l'acupuncture. Méridiens. 1973;23-24:7-16.
5. Han Jisheng. The neurochemical basis of pain relief by acupuncture. Beijing: Beijing Medical University; 1987.
6. Borsarello J. De l'épingle de couturière à l'aiguille d'acupuncture. Méridiens. 1999;112:123-27.
7. De La Fuye R. 5000 ans d'acupuncture chinoise. Connaissance du Monde. 1958;17:59:68.
8. Nguyen Van Nghi. Pathogénie et pathologie énergétique en médecine chinoise. Marseille: Don Bosco. 1971.
9. Hsu E. The transmission of chinese medicine. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
10. Chamfrault A et Nguyen Van Nghi. L'énergétique humaine en médecine chinoise. Angoulême: Imprimerie de la Charente; 1969.
11. Niboyet JEH. Indication et limites de l'acupuncture. L'acupuncture. 1970;26:11-5
12. Soulié de Morant G. Précis de la vraie acupuncture chinoise. Paris: Mercure de France; 1934.
13. Sivin N. Traditional medicine in contemporary China. Ann Arbor: Center for Chinese Studies, University of Michigan; 1987.
14. Unschuld PU. Médecines chinoises. Catalogue de l'exposition du Parc de la Villette, Paris-18 avril-8 juillet 2001. Montpellier: Indigène Edition; 2001.
15. Nguyen J. Acupuncture traditionnelle et acupuncture scientifique : mettons fin au débat rituel ! Acupuncture et moxibustion. 2005;4(4):256.
16. Hsu E. La médecine chinoise traditionnelle en république Populaire de Chine : d'une "tradition inventée" à une "modernité alternative" in Cheng A, La pensée en Chine aujourd'hui. Paris: Editions Gallimard coll. Folio essais. 2007.
17. Fruehauf H. Science, politics, and the making of «TCM». Chinese medicine in crisis. Journal of Chinese Medicine. 1999;61:6-14.
18. Obringer F. L'introduction de la médecine chinoise en France du XVIIIe au XXe siècle. in Unschuld PU. Médecines chinoises. Catalogue de l'exposition du Parc de la Villette, Paris-18 avril-8 juillet 2001. Montpellier: Indigène Edition; 2001.
19. Hobsbawm E, Ranger T. The Invention of Tradition. Cambridge. 1983. Traduction française (Vivier C) : L'invention de la tradition. Editions Amsterdam; 2006.
20. X. Recent achievements in the promotion of traditional chinese medicine. Chinese Medical Journal. 1959;78(2):103-5.
21. Kuhn T. La structure des révolutions scientifiques. Paris: Champs Flammarion, 1983.
22. Nguyen Khac Vien. Expériences vietnamiennes. Paris: Ed. Sociales. 1970.
23. Martin E. Etude historique et critique sur l'art médical en Chine. Gazette Hebdomadaire de Médecine et Chirurgie. 1872;5:65-75.
24. Bachelard G. La formation de l'esprit scientifique. Paris: Vrin. 1980.
25. Koubesserian H. la maladie du révérend père Huc à Kuen-Kiang-Hieng (1). Bulletin de la société d'Acupuncture. 1963;48:55-64.
26. Zhang Q. Hybridizing scholastic psychology with chinese medicine: a seventeenth-century chinese catholic's conceptions of xin (mind and heart). Early Sci Med. 2008;13(4):316-60.
27. Andrews BJ. Wang Qingren and the history of chinese anatomy. Journal of Chinese Medicine. 1991;36:30-6.

Patrick Triadou, Olivier Martin, Yaëlle Amsellem, Lucie Coulon, Elsa Ramos

Les Patients souffrant de cancers et la Médecine Traditionnelle Chinoise (1). Qui sont-ils, pourquoi la MTC ?

Résumé : Les caractéristiques sociales des patients souffrant de cancer qui recourent à la médecine traditionnelle chinoise (MTC) sont identiques à celles de l'ensemble des patients souffrant de cette pathologie. Pour la moitié d'entre eux, la MTC faisait partie de leurs habitudes thérapeutiques avant la découverte du cancer. Le choix de ce recours est motivé par une recherche d'amélioration de la qualité de vie, notamment avec la diminution des effets secondaires des traitements anticancéreux. Les patients recherchent également une qualité d'écoute et un accompagnement que leur fournit la MTC. **Mots-clés :** acupuncture - médecine traditionnelle chinoise - cancer - sociologie.

Summary: Cancer patients using traditional chinese medicine (TCM) do not present any specific characteristics when compared to general population. Fifty percent of the patients used TCM before cancer. The reasons leading them to consult TCM practitioners are : improve quality of life, decrease cancer treatment side effects, better listening, better accompaniment. **Keywords:** acupuncture traditional chinese medicine - cancer - sociology.

Introduction

Le recours des patients souffrant de cancers à la médecine traditionnelle chinoise (MTC) à titre complémentaire a été questionné au cours d'une enquête de nature sociologique¹. Si le traitement essentiel des cancers s'appuie sur la chimiothérapie, la radiothérapie et la chirurgie en fonction des pathologies et des indications, un certain nombre de patients ont recours à des thérapies complémentaires dont la MTC. Sont ici questionnés leurs attentes et les résultats qu'ils obtiennent notamment dans le cadre de la qualité de vie.

Cet article qui est le premier d'une série de six vise à présenter la méthodologie de l'enquête, la population de patients enquêtés et les motifs de leur consultation en MTC ; le second traitant de façon détaillée des raisons avancées de leur choix d'un traitement complémentaire par la MTC.

Matériel et méthodes

Méthodes

Le travail sociologique réalisé dans cette recherche s'appuie sur plusieurs enquêtes de terrain, qualitatives par entretiens et quantitatives par questionnaires, auprès des patients et de leurs thérapeutes de formation biomédicale ou de leurs thérapeutes formés exclusivement

aux thérapies de tradition chinoise. Pour l'essentiel ces enquêtes se sont déroulées durant l'année 2007.

Les entretiens

Le guide d'entretien a abordé tous les aspects et thèmes utiles à la compréhension des motivations et à la connaissance de l'expérience individuelle du patient. Les principaux thèmes abordés sont les suivants : le premier contact avec la MTC, la nature et l'organisation des traitements, les résultats obtenus, la perception de la médecine scientifique et de la MTC, la représentation des soins, les attentes et les souhaits.

Les questionnaires

En même temps que les entretiens a été réalisé une enquête par questionnaires. Les objectifs sont identiques pour les questionnaires et pour les entretiens, mais la nature des informations obtenues par questionnaire est différente, les questionnaires autorisant à saisir de manière plus systématique des éléments de comparaison des patients et permettant d'établir quelques éléments de cadrage ainsi que de repérer les principales régularités.

L'échantillon interrogé

Les entretiens

Le recrutement des patients s'est essentiellement fait à l'aide des thérapeutes (médecins ou tradipraticiens) avec leur accord. La clause de confidentialité garantis-

sait que les propos tenus par le patient ne seraient pas transmis au thérapeute. Cette clause de confidentialité était une des conditions de la libération des paroles des patients. Quelques recrutements, notamment en ce qui concerne l'auriculothérapie, ont été faits dans la salle d'un centre antidouleur. Au total 36 patients et 24 professionnels ont été interrogés. Sans vocation à être représentatif, l'échantillon ainsi constitué l'a été de manière à être le plus varié possible de façon à nous offrir une vision la plus complète possible des pratiques.

Les questionnaires

Les questionnaires destinés à leurs patients ont été adressés aux praticiens, charge à eux de remplir et de retourner leur propre questionnaire, ainsi que de diffuser le questionnaire pour les patients à leurs propres patients. Dans tous les cas, la diffusion des questionnaires a été assurée par les fédérations ou groupements professionnels de thérapeutes (FAFORMEC, Fédérations des Acupuncteurs pour la FORMation MEDicale Continue ; CFMTC, Confédération Française de Médecine Traditionnelle Chinoise). Diverses relances ont été faites, par courrier ou par courriel. Les questionnaires ont été distribués de manière anonyme dans des enveloppes de réponse. Chaque questionnaire était accompagné d'une notice explicative de l'enquête et de la façon de le remplir.

Au total, nous disposons de 106 questionnaires « patients d'acupuncteurs médecins » et de 58 questionnaires « patients de tradipraticiens » exploitables pour 4000 envoyés. Pour les professionnels, nous disposons de 25 questionnaires de médecins acupuncteurs et de 38 questionnaires de tradipraticiens.

Résultats

Caractéristiques des patients

Les patients bénéficiant à titre complémentaire de la MTC peuvent être traités par des médecins ou des praticiens non médecins que nous désignerons par le vocable de tradipraticiens. Pour ces deux catégories de praticiens confondues, plus de 80% des patients souffrant de cancer, sont de sexe féminin, et près des trois quart de ces femmes consultant un acupuncteur médecin pour un cancer ont plus de 50 ans. Les femmes consul-

tant des tradipraticiens sont deux fois plus nombreuses dans la tranche des 30 – 45 ans (Tableau I).

Tableau I. Age des patients des acupuncteurs médecins et des tradipraticiens.

	Patients de médecins acupuncteurs		Patients de tradipraticiens	
	Occurrences	%	Occurrences	%
Moins de 30	1	0,9%		
de 30 à - de 45	13	12,3%	15	25,9 %
de 45 à - de 50	17	16,0%	6	10,3 %
de 50 à - de 60	41	38,7%	14	24,1 %
de 60 à - de 70	26	24,5%	14	24,1 %
70 et +	8	7,5%	8	13,8 %
Total	106		58	

L'analyse de la répartition géographique du recours à la MTC pour le traitement complémentaire du cancer montre qu'elle est présente aussi bien en ville qu'en zone rurale, et dans l'ensemble du pays. Il existe toutefois des différences entre les acupuncteurs médecins et les tradipraticiens. Les premiers ont, pour 70% d'entre eux, une clientèle urbaine ou périurbaine, alors que la moitié des patients des tradipraticiens proviennent de villages ou de zones rurales. Malgré une distribution assez homogène de l'offre de soins en MTC pour le cancer, des différences géographiques sont observées entre les acupuncteurs médecins plus présents au niveau de certains départements comme la Seine et les Hauts de Seine, et les tradipraticiens plus représentés en Isère et dans les Alpes maritimes dans notre enquête. Il est vraisemblable que ces différences reflètent la disponibilité dans l'offre de soins, à moins que ces derniers résultats soient liés à notre échantillon.

La répartition des patients selon le mode de relations conjugales montre une plus grande occurrence des célibataires dans la patientèle des acupuncteurs médecins, alors que le nombre d'enfants n'est pas discriminant. Il n'y a pas non plus de différences entre les deux patientèles en matière de niveau d'études. Un tiers des patients ont au moins un diplôme de deuxième cycle universitaire. Plus de la moitié des patients des deux catégories de patientèles, travaillent, et un peu plus du tiers est retraité. Si 15 % des patients des deux patientèles sont

des cadres moyens, on trouve plus de cadres supérieurs et de professeurs, chercheurs ou professionnels des arts et du spectacle chez les patients des médecins que des non médecins (33 % contre 17 %).

De façon globale, les catégories supérieures représentent 53 % des patients des médecins contre 43 % pour les non médecins. Il existe une différence notable entre les deux patientèles en fonction des tranches de revenus avec 42 % de patients gagnant plus de 3 000 euros chez les tradipraticiens par rapport 16 % pour les médecins. De façon générale, la confiance dans la science et le bénéfice attendu de ses applications est plus forte chez les patients des médecins que chez ceux des tradipraticiens (tableau II).

Tableau II. Perception de la science en général.

	Patients de médecins acupuncteurs		Patients de tradipraticiens	
	Occurrences	%	Occurrences	%
Plus de bien que de mal	53	52,0 %	14	26,9 %
A peu près autant de bien que de mal	47	46,1 %	33	63,5 %
Plus de mal que de bien	2	2,0 %	5	9,6 %
Total	102		52	

Le niveau de confiance dans la biomédecine des deux catégories de patientèles est en revanche comparable.

Les types de cancers des patients de la médecine traditionnelle chinoise

La grande majorité des personnes constitutives de notre échantillon souffre de cancer du sein : 66% des patients de médecins acupuncteurs et 52 % des patients des tradipraticiens. Ce résultat est cohérent avec la nature de notre échantillon qui est composé pour sa plus grande part, de femmes de plus de 50 ans (tableaux III et IV). Dans le groupe des patients de tradipraticiens, le second cancer le plus représenté est le cancer du poumon (13 %) (tableau IV). Le cancer du poumon est la première cause de mortalité par cancer chez l'homme, et sa plus grande représentation dans l'échantillon des patients de tradipraticiens peut s'expliquer par le nom-

bre plus important d'hommes dans celui-ci que dans celui des médecins acupuncteurs. Le troisième cancer le plus fréquent en France, bien représenté dans notre enquête est le cancer colorectal. Dans notre échantillon il affecte 7 % des patients de médecins acupuncteurs et 6% des patients de tradipraticiens.

La fréquence des cancers des ovaires est vraisemblablement à rapporter à la prédominance féminine de l'échantillon.

Tableau III. Types de cancers chez les patients des médecins acupuncteurs.

	Occurrences	Pourcentage
Tumeur du cerveau	1	1,0%
Cancer du sein	68	66,0%
Cancer des ovaires	11	10,7%
Cancer colorectal	7	6,8%
Lymphomes	3	2,9%
Cancer du poumon	4	3,9%
Cancer du foie	3	2,9%
Leucémie	1	1,0%
Cancer de la prostate	2	1,9%
Cancer du rein	2	1,9%
Mélanome	1	1,0%
Total	103	

Tableau IV. Types de cancers chez les patients des tradipraticiens.

	Occurrences	Pourcentage
Cancer de l'utérus	1	1,40%
Cancer du sein	36	52,2%
Cancer des ovaires	3	4,3%
Cancer du colon	4	5,8%
Cancer du poumon	9	13,0 %
Cancer du foie	2	2,9%
Leucémie	2	2,9%
Lymphomes	4	5,8%
Cancer de la vessie	1	1,4 %
Cancer de la prostate	2	2,9%
Cancer de la thyroïde	1	1,4%
Cancer de la peau	1	1,4%
Cancer des os	3	4,3%
Total	69	

Nous ne connaissons pas pour tous les enquêtés le stade d'évolution de la maladie. Certains patients sont en phase d'évolution, et d'autres en phase de rémission. Les degrés d'extension des cancers sont également variables, avec ou sans extension locale ou métastases.

L'analyse des consultations de médecins acupuncteurs et de tradipraticiens en fonction de l'ancienneté de la découverte de cancers, suggère que ceux-ci prennent en charge à titre complémentaire des patients aussi bien en phase initiale de traitement qu'aux moments des rémissions ou d'éventuelles rechutes (tableau V).

Tableau V. Ancienneté du diagnostic du cancer.

	Patients de médecins acupuncteurs		Patients de tradipraticiens	
	Occurrences	%	Occurrences	%
Moins de 2 mois			1	1,7 %
Entre 2 et 6 mois	16	15,1 %	6	10,3 %
Entre 6 - et 1 an	26	24,5 %	6	10,3 %
Entre 1 et 2 ans	19	17,9 %	13	22,4 %
Entre 2 et 5 ans	28	26,4 %	15	25,9 %
Entre 5 et 10 ans	10	9,4 %	7	12,1 %
Plus de 10 ans	7	6,6 %	10	17,2 %
Total	106		58	

Pourquoi recourir à la Médecine Traditionnelle Chinoise ?

Les conditions des premiers recours à la MTC sont très diverses. Ce peut être à l'occasion de la découverte du cancer, mais cela peut aussi être antérieur. Plusieurs patientes souffrant de cancer du sein à différents stades d'évolution et de traitement de la maladie, essayent l'acupuncture sans avis préconçus. C'est l'absence de résultats de la biomédecine pour le soulagement d'un certain nombre de symptômes qui conduit directement ou après les conseils d'amis, à consulter un acupuncteur dans une perspective d'essai. Un stimulus important est représenté par la recherche d'une meilleure qualité de vie.

De façon plus rare, la mise en contact avec l'acupuncteur ou l'auriculothérapeute se réalise sur conseil de l'oncologue qui signale l'existence d'un centre de traitement de la douleur dans l'établissement. Dans ce cas, c'est la disponibilité institutionnelle d'un acupuncteur travaillant dans la structure qui fait le lien entre les deux médecines autour du thème de la prise en charge de la douleur.

Les réponses des patients aux questions portant sur leur premier contact avec la MTC, qu'il s'agisse de médecins ou de tradipraticiens, révèlent des problèmes de com-

munication avec le corps médical de différentes natures. Il peut s'agir notamment de difficultés de compréhension des explications données par le cancérologue et/ou le chirurgien. Ces difficultés de compréhension peuvent se manifester en particulier lors des examens échographiques et radiologiques, et surtout des biopsies. Elles peuvent aussi concerner les modalités de l'annonce d'une chimiothérapie et/ou d'un acte chirurgical débouchant sur une ablation. Elles participent aux raisons avancées par les patients pour expliquer leur choix d'une prise en charge complémentaire.

La demande d'écoute et d'échange des patients qui confèrent un sens distinct à la maladie que le sens biologique que lui donnent les médecins, représente aussi une des causes de recours à l'acupuncture.

Au delà des difficultés évoquées liées à la phase initiale de mise en route de la thérapie, les patients finissent par connaître les protocoles de traitement avec les noms des examens complémentaires, ceux des marqueurs biologiques et des médicaments. Bien souvent en revanche, les phases de la maladie sont interprétées par les patients comme étant liées à des événements de vie privée. L'annonce d'une rechute fait ressurgir des problèmes qui étaient considérés comme résolus par les traitements biomédicaux initiaux. Cette déception vis-à-vis des résultats constitue un des facteurs évoqués par les patients, à côté de l'écoute, pour le recours à la MTC. La MTC se différencie, sur le terrain des rapports humains, des modalités des prises en charge biomédicales jugées efficaces mais trop techniques.

D'autres raisons majeures du recours à la MTC avancées par les patients sont la qualité de vie retrouvée grâce à la diminution des effets secondaires des traitements classiques, et la qualité de l'accompagnement.

Discussion

Nos résultats montrent que les patients souffrant de cancer qui ont recours à la MTC n'ont pas d'identité particulière au sein de l'ensemble des malades cancéreux. Ils ne s'en distinguent, en effet, par aucun critère sociodémographique particulier, ni par l'appartenance à des groupes ou des idéologies revendiquant les ap-

ports de la biomédecine. Ce qui les distingue en fait, est la curiosité et la volonté de chercher des solutions pour mieux affronter les traitements biomédicaux et leurs effets secondaires, ainsi que de chercher une meilleure qualité de vie et d'accompagnement thérapeutique.

Notre échantillon est caractérisé par une importante représentation féminine qui s'explique à la fois, aux dires de certains thérapeutes, par la présence d'un plus grand nombre de femmes dans leur patientèle, et surtout parce que celles-ci répondent plus facilement que les hommes aux enquêtes. Certains thérapeutes estiment, en effet, que les deux sexes sont également représentés dans leur patientèle. Notre mode de recrutement introduit probablement aussi un biais, les contacts donnés par les praticiens sont ceux de patients qui ont ressentis des effets bénéfiques des traitements et/ou qui étaient enclin à se tourner vers la MTC dans la prise en charge de leur santé plus généralement. Cette prédominance féminine est à rapprocher des données disponibles sur les clients de l'acupuncture en général en France [1-5] Trois quart de ces femmes consultant un acupuncteur médecin pour un cancer ayant plus de 50 ans, l'âge moyen de recours à la MTC est concordant avec les données de l'épidémiologie du cancer du sein. Cette proportion correspond aux âges de découverte du cancer en France. La représentation des autres types de cancer reflète la sous-représentation masculine dans notre échantillon, mais les principaux cancers en termes de fréquence sont représentés, notamment le cancer du poumon et les cancers colorectaux.

Les différences financières rapportées dans nos résultats concernant les patientèles des médecins et des tradipraticiens peuvent être rapprochées des modalités de remboursement de soins dans ces deux modes de pratique. 42% des patients gagnent plus de 3000 euros dans le groupe des patients des tradipraticiens, alors que cette tranche de revenu ne représente que 16% des patients des médecins acupuncteurs.

Si le milieu familial et amical reste la première source d'information et de contact avec la MTC, le fait que le médecin traitant soit la suivante pour les seuls acupuncteurs médecins (19%), s'explique vraisemblable-

ment par la confiance que peut occasionner une formation médicale initiale identique. Cette analyse est corroborée par le fait que les autres thérapeutes de soins complémentaires (*qigong*) adressent de manière symétrique les patients aux tradipraticiens. La MTC est, cependant, loin d'être systématiquement proposée par les thérapeutes du cancer tout comme les autres approches complémentaires, à la différence de la prise en charge psychologique qui, elle, a été institutionnalisée.

Cette différence dans l'offre de soins non biomédicaux semble plus relever de l'habitude, culturelle notamment, mais aussi de simples habitudes de fonctionnement et de références mises en place à la faculté, que de s'appuyer sur des fondements scientifiques expérimentaux. Ce résultat est à rapprocher du faible taux de recommandations de consultation d'un acupuncteur par les cancérologues, en dehors des rares qui ont constaté sur leurs patients par eux-mêmes l'obtention de bienfaits.

La MTC fait partie des médecines complémentaires en Europe et aux Etats Unis [6-8]. La moitié des patients de notre échantillon y avait recours avant leur cancer. Les motifs de consultation sont divers et certains comme les lombalgies ont bénéficié d'essais cliniques [9-15]. Pour les autres patients la découverte de la MTC accompagne le diagnostic de cancer ou son traitement. Conseils de proches et bouche à oreille, quand il ne s'agit pas de conseils des soignants, facilitent cette prise de contact comme cela est le cas dans d'autres pays également [16,17]. Cette demande peut aussi être adressée à d'autres médecines complémentaires, notamment dans les cas d'insomnie, de stress ou de dépression accompagnant le cancer du sein chez la femme. Bien que certains médecins et patients reconnaissent les résultats des médecines complémentaires sur les effets secondaires de la thérapie du cancer, persistent des divergences d'opinions sur la place à leur réserver dans le traitement du cancer, notamment vis-à-vis des espoirs qu'elles peuvent soulever. Si des échanges existent sur ce thème entre médecins et patients, il existe encore des problèmes de communication sur le sujet [18,19].



Dr Patrick Triadou
patrick.triadou@nck.aphp.fr
Département de Santé Publique
Faculté de médecine Paris Descartes
Hôpital Necker Paris
149 rue de Sèvres
75743 Paris cedex 15

P. Triadou, O. Martin, Y. Amsellem, L. Coulon, E. Ramos : Cerlis, Université Paris Descartes, CNRS UMR 8070, 45 rue des saints Pères, 75006 Paris

Notes

1. Ce travail a été réalisé en convention avec l'Inca (Institut national du cancer)

Références

1. Triadou P, Desjeux D, Lafont JL, Martin O, Derien V, Fontaine A et al. L'acupuncture en France aujourd'hui (I) La consultation d'acupuncture. *Acupuncture & moxibustion*. 2005;4 (1):11-18.
2. Triadou P, Desjeux D, Lafont JL, Martin O, Derien V, Fontaine A et al. L'acupuncture en France aujourd'hui (II) Perceptions des effets et évaluation de l'acupuncture. *Acupuncture & moxibustion*. 2005;4(2):107-12.
3. Triadou P, Desjeux D, Lafont JL, Martin O, Derien V, Fontaine A et al. L'acupuncture en France aujourd'hui (III) Médicaments et acupuncture. *Acupuncture & moxibustion*. 2005;4(3) 171-81
4. Triadou P, Desjeux D, Lafont JL, Martin O, Derien V, Fontaine A et al. L'acupuncture en France aujourd'hui (IV) Représentations et rapports à la science. *Acupuncture & moxibustion*. 2006;5(1):12-17.
5. Triadou P, Desjeux D, Lafont JL, Martin O, Derien V, Fontaine A et al. L'acupuncture en France aujourd'hui (V) Typologie des patients. *Acupuncture & moxibustion*. 2006;5(2):15-26.
6. Fischer P, Ward A.: *Complementary medicine in Europe*. *BMJ*. 1994; 309: 107-110.
7. Eisenberg DM, Roger BD, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. *JAMA*. 1998;280:1569-75.
8. 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: 246-52.
9. Dellenbach P, Rempp C, Haeringer MT, Simon T, Magnier F, Meyer. Chronic pelvic pain. Another diagnostic and therapeutic approach. *Gynecol Obstet Fertil*. 2001; 29(3):234-43.
10. Vickers AJ, Rees RW, Zollman CE, McCarney R, Smith CM, Ellis N et al. Acupuncture for chronic headache in primary care : Large pragmatic, randomised trial. *BMJ*. 2004;320:744-50.
11. Thomas KJ, Mac Pherson H, Ratcliffe J, Thorpe L, Brazier J, Campbell M, et al. Long term clinical and economic benefits of offering acupuncture care to patients with chronic low back pain. *Health Technology Assessment*. 2005; 9(32):1-109.
12. Thomas KJ, Mac Pherson H, Thorpe L, Brazier J, Fitter M, Campbell M, et al. Randomized controlled trial of short course of traditional acupuncture compared with usual care for persistent non specific low back pain. *BMJ*. 2006;333:623-5.
13. Thomas KJ, MacPherson H, Ratcliffe J, Thorpe L, Brazier J, Campbell M, et al. A randomized controlled trial of acupuncture for persistent low back pain cost effectiveness analysis. *BMJ*. 2006;333:626-8.
14. Brinkhaus B, Witt CM, Jena S, Linde K, Streng A, Wagenpfeil S et al. Acupuncture in patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Arch Inter Med*. 2006;166(4):450-7.
15. Jorge V, Perea-Milla J, Mendez C, Silva LC, Herrera Galante A, Aranda Regules JM et al. Efficacy and safety of acupuncture for the treatment of non-specific acute low back pain: a randomised controlled multicentre trial pK, Sanders protocol. *BMC Complementary and alternative medicine* 2006; 6:14-22.
16. Fouladbackhsh JM, Stommel M, Given BA, Given CW, Predictors of use of complementary and alternative therapies among cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2005 Nov 3; 32(6):1115-22.
17. Sparber A, Bauer L, Curt G, Eisenberg D, Levin T, Parks S et al. Use of complementary medicine by adult patients participating in cancer clinical trials. *Oncol Nurs Forum*. 2000 Jul;27(6):887-8.
18. Lee RT, Hlubocky F, Hu JJ, Stafford R, Daugherty C. An international pilot study of oncology physicians ? Opinions and practices on complementary and alternative medicine. *Integr Cancer Ther*. 2008 jun;7(2):70-5.
19. Richardson MA, Masse LC, Nanny K, Sannders C. Discrepant views of oncologists and cancer patients on complementary /alternative medicine. *Support care cancer*. 2004 Nov;12(1):797-804.

Angela Tudor

Le mouvement de l'eau dans l'organisme selon la théorie de la Médecine Traditionnelle Chinoise

Résumé : Nous allons reconsidérer l'importance physiologique des « liquides organiques » selon la théorie de la médecine traditionnelle chinoise (MTC). De fait, nous allons faire une brève présentation des syndromes qui sont la conséquence des transformations pathologiques de ces liquides. En réalité, « liquides organiques » est un terme que l'on utilise pour dénommer tous les liquides physiologiques : liquide interstitiel, sécrétions normales des divers organes (liquide gastrique et interstitiel, liquide lacrymal, sécrétions nasales, salive, etc.). En MTC, les liquides organiques sont groupés en deux catégories : a) *jin*, fluides purs, de faible densité ; b) *ye*, liquides visqueux, ayant une grande densité. Si on analyse le rôle de chaque organe énergétique dans le métabolisme des fluides organiques, et par les relations *qi*-liquides organiques et les relations sang-liquides organiques, on arrive à une compréhension plus profonde de la physiologie et de la physiopathologie, en conformité avec les principes de la MTC. Par conséquent, on aura la possibilité d'administrer un traitement plus adapté au trouble et donc plus efficace. **Mots-clés :** mouvement-métabolisme de l'eau-pont-physiopathologie énergétique.

Summary: We have to reconsider the importance from the physiology point of view, according with traditional chinese medicine (TCM) theory, for "body fluids". In fact, we will show in a brief presentation the syndromes produced in the human body as a consequence of the pathologic transformations of these fluids. Under the name "body fluids", we have to understand all body liquids: interstitial fluid, all body physiological normal organ's secretions (digestive hollow organs juices, tears, nose fluid, saliva, etc.). Body fluids are shared in TCM in two categories: a) *jin*, pure and thin fluids, with low density; b) *ye*, thick fluids, with high density. If we check the role played by each organ *zang* for body fluids' metabolism, and the relationship between *qi* and body fluids on one side, and between Blood and Body fluids on the other side, we will gain a deep knowledge and understanding of physiology and physiopathology according to the TCM theory and, in the end, as a result, we could have the chance to choose a very effective and correct treatment. **Keywords:** the motion-water metabolism-bridge-energetic physiopathology.

Introduction

Les liquides organiques, dénommés par la Médecine Traditionnelle Chinoise (MTC) *jinye*, tout comme le sang et le *qi*, sont la substance principale de l'organisme. Ils y jouent un rôle essentiel pour maintenir toutes les activités physiologiques du corps.

Compte-tenu des différences qualitatives entre les liquides organiques, les fonctions qu'ils remplissent, et la façon dont ils sont distribués dans le corps, ils sont classés en deux catégories : ce qui est clair, peu dense, attribué aux téguments, muscles, orifices, en infiltrant les vaisseaux sanguins, tout ce qui « trempe », a été dénommé *jin* 津 ; tout ce qui nourrit, matière dense, attribuée aux articulations, viscères, cerveau et moelle a été dénommé *ye* 液 [1-4].

Les deux liquides, *jin* et *ye* sont des liquides extraits des aliments et des boissons ingérés, ils sont étroitement liés aux fonctions de transformation et de distribution de la rate et de l'estomac [5]. Il y a transformation mutuelle et permanente entre *jin* et *ye* : le *jin* devient *ye*,

et le *ye* devient *jin*. On les dénomme « liquides organiques » [6,7].

Le *qi*, le sang et les liquides organiques ont des fonctions et des qualités différentes. Ces trois substances essentielles de l'organisme maintiennent les fonctions vitales. Ils sont la partie « pure » issue des aliments et des boissons ingérés. Du point de vue fonctionnel, ces trois substances sont interdépendantes et interactives. Il est important de comprendre les relations établies entre le *qi*, le sang et les liquides organiques et d'intégrer ces notions dans la physiologie et la pathologie.

J'ai choisi de détailler seuls les syndromes résultant de l'accumulation des fluides.

Le métabolisme des liquides organiques

En ce qui concerne les processus de production, distribution, excrétion des liquides organiques, de nombreux organes y contribuent ; une grande importance est accordée aux fonctions de l'estomac, de la rate, des poumons, des reins et les Trois Points de Focalisation [2,8,9].

Les liquides organiques sont des liquides qui proviennent des aliments et des boissons ingérés, grâce aux capacités digestives et d'absorption de l'estomac, au processus de séparation du pur et de l'impur effectué par l'intestin grêle, et grâce aux processus de transformation et de distribution dus aux fonctions de la rate. C'est la rate qui transporte les liquides organiques aux poumons, organes qui règlent et contrôlent le « passage de l'eau » [2,8,9].

Grâce à sa fonction de dispersion, c'est le poumon qui distribue les liquides dans tout le corps, en assurant à celui-ci la nourriture et l'humidification. Partiellement, ces liquides seront éliminés par les pores de la peau sous forme de sueur. Par le biais de sa fonction « d'abaissement es liquides », le poumon envoie les liquides vers les reins et la vessie qui, en séparant le pur de l'impur, transforme l'impur en urine qui sera éliminée. Mais le poumon élimine aussi par le biais de la respiration, une partie des liquides existants dans le corps. Dans le « métabolisme de l'eau », les reins jouent le rôle décisif [10-13]. Les fonctions des poumons, estomac, rate, intestin grêle et les trois réchauffeurs dépendent en totalité de « boosting-action » du *qi* des reins [14,15]. En plus, les liquides organiques sont régis par les reins en raison de l'action de transformation et de « steaming » du *qi* : les parties claires sont réutilisées, tandis que les parties troubles sont transformées et excrétées dans l'urine [2].

On peut donc constater que la production, la distribution et l'excrétion des liquides organiques dépendent du *qi* et des fonctions physiologiques des organes, particulièrement des poumons, de la rate et des reins. Les entraves dans la circulation du *qi* ou le dysfonctionnement des viscères peuvent troubler l'équilibre métabolique des liquides organiques provoquant l'apparition de syndromes complexes dus à la consommation exagérée de fluides ou, au contraire, à l'accumulation excessive de liquides en raison de la stagnation (tableau I).

Les fonctions des liquides organiques

Les liquides organiques assurent la nutrition et l'humidité de l'organisme. Ainsi, le liquide distribué à la surface de l'organisme humecte la peau et les cheveux, tandis que le liquide qui circule dans les orifices humecte et protège les yeux, le nez, la bouche, etc..

Tableau I. Rôle des organes dans le métabolisme des liquides.

Organe	Fonction
Estomac	Source des liquides organiques
Rate	Transforme et transporte
Poumon	Régularise « le passage de l'eau »
Reins	- Fournissent à la rate la chaleur nécessaire pour transformer les liquides - Aident l'intestin grêle dans sa fonction de séparer les liquides : le pur de l'impur - Fournissent à la vessie le <i>qi</i> , nécessaire à sa fonction - Aident le triple réchauffeur à transformer et excréter les fluides.
Vessie	Sépare le pur de l'impur ; excrétion urinaire
Trois Réchauffeurs	- Foyer supérieur : aide le rate dans l'ascension des liquides, aide le poumon à les diffuser dans la peau. - Foyer moyen : aide l'estomac dans sa fonction de séparer les liquides et de faire baisser la fraction impure ; - Foyer inférieur aide l'intestin grêle, la vessie, les reins à transformer, séparer et excréter les fluides.

Pathologie des liquides organiques

Les liquides organiques peuvent subir des modifications pathologiques par deux mécanismes :

- l'épuisement des liquides organiques,
- l'accumulation de liquides organiques sous la forme d'un gonflement ou un fluide glaire.

Les fluides glaires sont divisés en deux catégories : matérielles, visibles, et non matérielles, invisibles.

Leur accumulation et les syndromes qu'ils génèrent ont des causes et des traitements totalement différents.

Les causes de la rétention des fluides organiques

a) Exogènes :

- l'attaque du froid, l'humidité
- une mauvaise diététique

b) Endogènes :

- insuffisance de la dispersion des fonctions de *qi*-PO
- l'insuffisance des fonctions transport et transformation, de la Rate
- l'insuffisance rénale déficiente à mobiliser le *qi* et l'eau.

Voici pour exemple quelques syndromes résultant de l'accumulation des fluides.

Le tableau II résume la différenciation de la nature des fluides en rapport avec les troubles métaboliques des liquides organiques.

Tableau II. Nature des fluides en rapport avec les troubles métaboliques.

Accumulation de	Caractéristiques
Flegme	Dense, peut s'accumuler dans tout le corps, change et prend sa forme par l'évaporation due à la chaleur ; appartient aux syndromes <i>yang</i> – pathogènes.
Fluide	De faible densité, de l'accumulation locale à la suite de l'action du froid, appartient aux syndromes <i>yin</i> .
Eau	Claire, suffusion de toute la surface de l'organisme ; même si elle appartient aux syndromes <i>yin</i> , peut être classée tant en <i>yin</i> , comme en <i>yang</i> .
Humidité	Dense et trouble, apparaît dans les maladies chroniques ; difficile à enlever ; appartient aux syndromes <i>yin</i> ; est associée, d'habitude, à un autre facteur pathogène.

Tableau III. Diagnostic différentiel des syndromes de rétention des liquides.

Maladie	Localisation	Mécanisme pathogène	Signes et symptômes
Rétention du flegme	Estomac, Intestins	Déficit de <i>yang</i> dans la rate	Plénitude épigastrique, borborygme, vomissements liquides
Accumulation de liquide dans le thorax et le poumon	Hypocondres	Dysfonctionnement du poumon	Spasmes douloureux dans le thorax et dans l'hypocondre, distension épigastrique, nausées.
Anasarque	Tout le corps	Dysfonctionnement du poumon et de la rate	Gonflement douloureux de l'ensemble du corps, anhydre, dyspnée et toux
Excès de liquide dans l'hypocondre et dans l'épigastre	Thorax et poumon	Déficit de <i>qi</i> dans le poumon	La toux et l'essoufflement, l'incapacité à rester allongé, hypersalivation, expectorations.

Le diagnostic différentiel des syndromes résultant de la rétention des liquides organiques selon le lieu de la rétention est résumé dans le tableau 3.

Syndromes résultant de la rétention du phlegme fluide

Deux formes cliniques seront décrites, le vide de *yang* de la rate et la rétention de fluides dans l'estomac et les intestins [7-11,13,15-29].

Déficience de *yang* de la rate

Symptômes : il y a distension épigastrique, borborygme, l'aversion pour le froid, préférence pour le chaud, soif sans le désir réel de boire, souvent des vomissements après avoir bu, palpitations, diarrhée. La langue est humide avec des dépôts blancs, le pouls est filiforme et étiré.

Principe thérapeutique : il faut chauffer et revigorer la rate–*yang*, supprimer la rétention en réactivant le sens de la circulation normale du *qi*. En phytothérapie, on utilise : 1) *Ling gui zhu gan tang*, 2) *Xiao ban jia fu ling tang*.

Nursing : on évite le vent, le froid, on évite de consommer des aliments froids, crus ou gras.

Diagnostic allopathique : sténose incomplète de pylore, dysfonctionnement gastro-intestinal.

Rétention de fluide dans l'estomac et dans les intestins

Symptômes : il y a plénitude et douleur dans l'estomac et abdomen, diarrhée, amélioration passagère après la diarrhée, aggravation en bref temps, borborygme, constipation, météorisme, sécheresse de la bouche sans le désir de boire. La langue présente des dépôts visqueux, jaunâtres. Le pouls est profond et large en l'absence d'effort physique, souvent difficile à palper.

Principe thérapeutique : on favorise la circulation du *qi* et des fluides. En phytothérapie on utilise : 1) *Ji jiao li huang wan*, 2) *Gan sui ban xia tang*.

Nursing : on évite de consommer des aliments froids, crus, gras.

Diagnostic allopathique : troubles gastro-intestinaux résultant du stress.

Syndromes de l'accumulation de liquide dans le thorax et le poumon

Quatre formes cliniques seront décrites : l'envahissement du poumon et thorax par des facteurs saisonniers externes, la rétention d'humidité dans le thorax et l'hypocondre, l'obstruction de la circulation du *qi* dans

les collatérales, et le dégagement de chaleur interne par vide de *yin* [7-11,13,15-20,22-30].

Facteurs saisonniers pathogènes envahissent le poumon et le thorax

Symptômes : il y a des spasmes douloureux dans le thorax et dans l'hypocondre, aggravés par la respiration et le mouvement, distension épigastrique, fièvre, frissons, sans aversion pour le froid, absence de la transpiration ou transpiration qui ne fait pas baisser la fièvre, toux, nausées, sécheresse de la gorge, goût amer. La langue présente un dépôt mince et jaunâtre. Le pouls est étiré et rapide.

Principe thérapeutique : il faut disperser l'excès de *qi* du poumon. En phytothérapie on utilise : *Chai zhi ban xia tang*.

Nursing : on favorisera un régime de vie ordonné, on évitera de consommer des aliments gras ou épicés, on évitera les agents pathogènes de l'extérieur.

Diagnostic allopathique : pleurésie, pneumonie, bronchite, asthme bronchique.

Rétention de fluide dans le thorax et dans l'hypocondre

Symptômes : il y a toux et expectoration qui provoquent des douleurs, dyspnée, impossibilité de rester allongé, douleur dans le thorax ou dans l'hypocondre, préférence pour le décubitus latéral, accumulation de liquide, parfois déformation thoracique. La langue présente un dépôt mince, blanc et gras. Le pouls est profond et tendu ou étiré et glissant.

Principe thérapeutique : il faut éliminer de l'excès de fluide. En phytothérapie on utilise : *Shi zao tang*.

Nursing : on évite de consommer des aliments gras ou crus, on évite les agents pathogènes de l'extérieur.

Diagnostic allopathique : pleurésie exsudative, pneumonie.

Obstruction de la circulation du *qi* dans les collatérales

Symptômes : plénitude, douleur et inconfort thoracique, parfois des spasmes ou la sensation de brûlure dans le thorax et dans l'hypocondre, respiration irrégulière, toux, les symptômes sont aggravés par le climat humide. La langue est sombre avec un dépôt mince. Le pouls est étiré.

Principe thérapeutique : on régularise la circulation du *qi* dans les collatérales. En phytothérapie on utilise : *Xian fu xuan fu hua tang*.

Nursing : on évite de consommer des aliments épicés, gras ou frits, on vise à contrôler la vie émotionnelle.

Diagnostic allopathique : pleurésie chronique.

Chaleur interne causée par la carence *yin*

Symptômes : il y a toux très forte, sèche, gorge et bouche sèches, fièvre vespérale, rougeur malaire, transpirations nocturnes, insomnie, plénitude douloureuse dans le thorax et dans l'hypocondre, tendance à évoluer vers la chronicité, faciès émacié. La langue est rouge avec un dépôt mince. Le pouls est rapide et filiforme.

Principe thérapeutique : on doit nourrir le *qi* pour disperser la chaleur, désobstruer des collatérales pour disperser le fluide stagnant. En phytothérapie on utilise : 1) *Sha shen mai dong tang*, 2) *Xie bai san*.

Nursing : on conseille de ne pas consommer d'aliments épicés, des boissons alcooliques et d'éviter les relations sexuelles.

Diagnostic allopathique : pleurésie, tuberculose.

Bronchite

Principe thérapeutique : il faut combattre le syndrome superficiel pour mettre en mouvement le liquide stagnant. En phytothérapie on utilise : *Xiao qing long tang* [7-11,13,15-29].

Nursing : on évite le vent, le froid, on évite les aliments non cuits, crus et gras.

Diagnostic allopathique : bronchites.

Excès de fluide dans l'hypocondre et dans l'épigastre

Deux tableaux sont décrits, le froid et l'excès de froid dans le poumon puis le vide de *yang* de rate et rein.

Froid et excès de froid localisés dans le poumon, le *qi* stagne ou coule dans la direction opposée à la normale

Symptômes : il y a toux, dyspnée, expectoration abondante, incapacité de rester couché, symptômes aggravés par le froid ; dans une phase avancée, le malade présente des œdèmes sur le visage, transpirations profondes, dorsalgie, fièvre, frissons. La langue présente un dépôt blanchâtre, gras. Le pouls est ample et tendu.

Principe thérapeutique : on vise à réchauffer le poumon pour mobiliser le liquide stagnant. En phytothérapie on utilise : *Xiao qing long tang*.

Nursing : on conseille de ne pas consommer d'aliments froids, crus ou gras.

Diagnostic allopathique : bronchite chronique, emphysème pulmonaire, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale.

Déficit de yang dans la rate et les reins

Symptômes : il y a dyspnée aggravée par l'effort, toux, peur provoquée par le déficit de *qi*, expectorations abondantes, appétit diminué, extrémités froides, aversion pour le froid, vertiges, mauvaise vue, transpirations spontanées. Le pouls est profond et fin.

Principe thérapeutique : on cherche à réchauffer et fortifier la rate et les reins pour mobiliser le liquide stagnant.

En phytothérapie on utilise : *Ling gui zhu gan tang*.

Nursing : on conseille d'éviter les aliments froids et non cuits, le surmenage, on conseille l'abstinence sexuelle.

Diagnostic allopathique : emphysème pulmonaire, asthme bronchique, ICC.

Shi Huaitang nous rapporte le texte suivant [30] :

水 肿 治 疗 歌

Shui zhong zhi liao ge

Le traitement des œdèmes (les gonflements)

水 肿 三 里 脾 肾 俞

Shui zhong san li pi shen shu

Les points les plus utilisés dans le traitement des œdèmes sont *zusanli* (ES36), *pishu* (VE20), *shenshu* (VE23)

三 阴 交 穴 水 分 取

San yin jiao xue shui fen qu

sanyinjiao (RA6) et *shuifen* (VC9)

风 热 合 谷 肺 俞 针

Feng re he gu fei shu zhen

Quand ils sont provoqués par le Vent ou la Chaleur, on ajoute les points *hegu* (IG4), *feishu* (VE13)

湿 寒 气 海 中 脘 需

Shi han qi hai zhong wan xu

Quand ils sont provoqués par l'Humidité ou le Froid, on pique *qihai* (VC6), *zhongwan* (VC12)

湿 泛 神 阙 膀 胱 俞

Shi fan shen que pang guang shu

Si l'humidité envahit sans cesse, on utilise *shenque* (VC8), *panguangshu* (V28)

胃 俞 膻 中 医 气 虚

Wei shu shan zhong yi qi xu

Piquer *weishu* (VE21), *shanzhong* (VC17) pour traiter le déficit de *qi*

阴 虚 侠 溪 合 太 溪

Yin xu xia xi he tai xi

Piquer *xiaxi* (VB43), *taixi* (RE3) pour traiter le déficit de *yin*

阳 亢 太 冲 与 风 池

Yang kang tai chong yu feng chi

Piquer *taichong* (FO3), *fengchi* (VB20) pour traiter l'excès de *yang*

Conclusions

De nombreux tableaux pathologiques sont dus à la perturbation de la formation, de la circulation et de la distribution des liquides dans l'organisme ; par conséquent, il est important de connaître cette théorie fondamentale de la médecine traditionnelle chinoise, qui approfondie, permet de mieux comprendre la médecine allopathique et permet ainsi d'améliorer nos attitudes thérapeutiques.



Dr Angela Tudor, PhD, MD
President of Romanian Traditional Chinese
Medicine Society

Str.Tudor Vladimirescu, Nr.19, Bl.B4, Sc.B,
Ap.8, Tirgoviste, Jud.Dambovita, Romania,
130095

Tai chi medical, Str.Tineretului, Nr.6, Sc.A,
Ap.1, Tirgoviste, Jud.Dambovita, Romania,
Post code: 130073

☎/☎ 0040 245 210756

✉ angelastudor@yahoo.com

Références

1. Long ZX, Zheng SZ, He M, He XD, Suo RT, Liu JS et Col. Basic theories of traditional Chinese medicine. Beijing University of Traditional Chinese Medicine Academy Press; Beijing: 2002.
2. Maciocia G. Les principes fondamentaux de la médecine chinoise. Satas; Bruxelles: 1992.
3. Yuan YX, Ren YX, Huang L, Gao GZ. Chinese – English Dictionary of Traditional Chinese Medicine. The people's medical publishing house; Beijing: 1996.
4. Zhu FX. Classified dictionary of traditional Chinese medicine. Foreign Language Press; Beijing: 2002.
5. Liu GZ, Xu QiP, Wang T. The essentials of traditional Chinese Medicine. Foreign Languages Press; Beijing: 2003.
6. Yellow emperor's canon of internal medicine. China science & technology press; Beijing: 2000.
7. Liu JY, Liu PL, Sun YJ. Diagnostics of traditional Chinese medicine. Publishing House of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine; Shanghai: 1990.
8. Long ZX, Zheng SZ, He M, He XD, Suo RT, Liu JS et Col. Diagnostics of traditional Chinese medicine. Beijing University of Traditional Chinese Medicine. Academy Press; Beijing: 1998.
9. Peng B, Lu YH, Tu Y, Chai KE, Xie JQ. Traditional Chinese internal medicine. People's Medical Publishing House; Beijing: 2002.
10. Wang Y, Wang X. Internal medicine of traditional Chinese medicine. Publishing House of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine; Shanghai: 2001.
11. Zhang EQ, Zhang JD, Liu ZG, Jin WX, Sun SS, Guo XY et Col. Clinic of traditional Chinese medicine (I), Publishing House of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine; Shanghai: 2001.

12. Zhang ZJ. Synopsis of prescriptions of the golden chamber with 300 cases. New World Press; Beijing: 1995.
13. Zuo YF, Zhou ZY, Wang X, Wang X. Internal medicine of traditional Chinese medicine. Publishing house of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine; Shanghai: 2002.
14. Chen KJ. Selected medical works, Life at seventy, Beijing daxue yixue chuban she. Medical University's Printing House; Beijing: 2002.
15. Long ZX, Zheng SZ, He M, He XD, Suo RT, Liu JS et Col. Traditional Chinese internal medicine. Beijing University of Traditional Chinese Medicine. Academy Press; Beijing: 1998.
16. Chen GT. Unbelievable cures and medicines from china. New World Press; Beijing: 1997.
17. Chen KJ. Clinical Case Studies. Foreign Languages Press; Beijing: 1994.
18. Cheng YC, Feng JH, Li HD, Qian QHi, Wang GC, Xu YS et Col. Non-pharmacotherapy's for diabetes. Science and Technology Press; Shandong: 1997.
19. Ding FK, Ji FX, Song TB, Dong LR, Wang YM, Xin Y. Tongue diagnosis. Foreign Languages Press; Beijing: 2001.
20. Liu GW, Hyodo A, Li QH, Aang YX, Jiao M, Cao LY. Chinese Herbal Medicine. Hua Xia Publishing House; 2001.
21. Long ZX, Zheng SZ, He M, He XD, Suo RT, Liu JS et Col. Formulas of traditional Chinese medicine. Beijing University of Traditional Chinese Medicine. Academy Press; Beijing: 1998.
22. Wang JJ, Guo L, Ruan JY, Zhang GJ. Synopsis of prescriptions of the golden chamber. Shanghai Scientific and Technical Publishers; Shanghai: 2003.
23. Zhang EQ, Huang BL, Wang M, Li XJ, Guo M, Nie QX. Highly efficacious Chinese patent medicines. Publishing House of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine; Shanghai: 1997.
24. Zhang EQ, Lu WH, Jiang HY, Li XJ, Nie QX, Wang DL et Col. Rare Chinese materia medica. Publishing House of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine; Shanghai: 1999.
25. Zhang WG, Jia WC, Li SP, Zhang J, Ou YB, Xu XL. Chinese medicated diet. Publishing House of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine; Shanghai: 1999.
26. Zhao CX, Sun BC, Zhang ZF, Huang NJ, Chen MJ, Wang CY et Col. Clinic of traditional Chinese medicine (II). Publishing House of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine; Shanghai: 2001.
27. Zheng QW, Qian CY. Clinical wonders of acupuncture and moxibustion. Foreign languages press; Beijing: 2002.
28. Zuo YF, Tang DC, Yao YZ, Yuan Y. Science of Chinese materia medica. Publishing house of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine; Shanghai: 2003.
29. Zuo YF, Li F, Fan QL. Science of prescriptions. Publishing house of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine; Shanghai: 2002.
30. Shi HT. Zhong Yi Lin Chuang Xin Jiu Zhen Liao Fa. Renmin weisheng chuban she; Beijing: 2000.

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

Jean-Marc Stéphan

L'acupuncture autour de la naissance : analgésie durant l'accouchement

Résumé : Une des grandes indications de l'acupuncture est l'analgésie. En obstétrique, l'analgésie durant l'accouchement peut être une bonne indication. Mais peut-on la recommander à la lumière de l'acupuncture factuelle ? L'état des lieux des essais contrôlés randomisés de l'acupuncture obstétricale analgésique durant l'accouchement permet de déterminer que l'acupuncture peut être raisonnablement indiquée avec un grade B (présomption scientifique) selon le niveau des recommandations de la Haute Autorité de Santé Française. **Mots clés :** obstétrique - travail - acupuncture - antalgie - analgésie - ECR - recommandations.

Summary: One of the big indications of the acupuncture is the analgesia. In obstetrics, the analgesia during the delivery can be a good indication. But can we recommend it in the light of the evidence-based acupuncture? The inventory of fixtures of randomized controlled trials by the analgesic obstetric acupuncture during the delivery allows to determine that the acupuncture can be reasonably indicated with a grade B (scientific presumption) according to the level of the recommendations of the High Authority of French Health. **Key-words:** obstetrics - labor - acupuncture - pain relief - analgesia - RTC - recommendations.

Une méta-analyse incluant treize essais contrôlés randomisés (3 025 patients) avaient étudié l'effet antalgique de l'acupuncture dans les douleurs de gonarthrose, de céphalées de tension, de migraines, de lombalgies, de douleurs post-opératoires etc.. Celui-ci avait été retrouvé de manière statistiquement significative ($p < 0,001$; $I^2 = 36\%$) dans le groupe acupuncture par rapport aux groupes acupuncture placebo ou sans traitement [1]. Les auteurs ne s'étaient pas intéressés à l'analgésie durant l'accouchement.

Et pourtant, il semblerait que l'acupuncture réduit de façon importante l'usage d'autres thérapeutiques analgésiques éventuellement pourvoyeuses d'effets secondaires pour la mère et le fœtus, comme la mépéridine (pethidine : dolosal®) ou l'analgésie péridurale.

Ainsi en 1980, Martoudis et Christofides utilisaient déjà l'électroacupuncture (3-4 Hz) et objectivaient une diminution des algies par stimulation du point GI4 (*hegu*) pendant une durée de 20 à 80 mn, traitement associé à l'auriculothérapie sur le *shenmen*. La durée moyenne de l'analgésie était de 6 heures. Les auteurs montrèrent que dans 87,75 % des cas, les femmes étaient soulagées [2]. Malheureusement, il s'agissait d'un essai ouvert sans groupe placebo, sans groupe contrôle et sans randomisation, bref de très basse qualité méthodologique.

Cependant, il avait le mérite d'être l'un des premiers à s'intéresser à l'analgésie obstétricale.

D'autres travaux suivirent, comme celui de Ternov, qui dans son étude ouverte non randomisée avait objectivé que 58 % dans le groupe acupuncture n'avaient pas eu besoin de prendre un autre traitement en plus de l'acupuncture par rapport au groupe contrôle (14 % $p < 0,001$) [3].

En 2004, une revue systématique évalua les preuves d'efficacité de l'acupuncture dans les douleurs lors du travail. Trois ECR sur 390 essais cliniques furent identifiés ayant une qualité méthodologique généralement bonne. Deux ECR ont comparé l'acupuncture versus le traitement habituel et ont conclu à une réduction de la mépéridine et/ou de l'analgésie péridurale. Un ECR concernant un groupe acupuncture versus acupuncture placebo a montré une différence statistiquement significative dans l'amélioration de la douleur aussi bien subjective qu'objective. Aucun effet indésirable n'a été annoncé. Les auteurs ont conclu que les preuves pour utiliser l'acupuncture en adjonction étaient prometteuses mais non convaincantes du fait d'une population étudiée faible et donc d'une faible puissance ($n = 496$) [4].

Étudions plus en détail ces trois essais et voyons leur qualité méthodologique.

Les essais contrôlés randomisés

Ramnero

Le premier concerne une population de quatre-vingt-dix parturientes admises dans un hôpital suédois. Il s'agit d'évaluer l'intensité de la douleur et le degré de relaxation pendant le travail. Le groupe contrôle (n=44) comme le groupe acupuncture (n=46) pouvait bénéficier d'un traitement identique conventionnel (péridurale, mépéridine injectable, infiltration locale de bupivacaïne, injections intradermiques d'eau stérile, TENS etc.).

En complément, le groupe acupuncture fut puncturé avec recherche du *deqi* aux points considérés comme relaxants : VG20, *yintang* (HM1), PO7, et aux points analgésiques : VE25 à 36, VE54, VB25 à 29, VC2, VC3, GI4, VB41, FO3, VE60, RE3 et RA6. Les aiguilles furent laissées en place durant 1 à 3 heures. Les auteurs constatèrent que le traitement par acupuncture pendant le travail a significativement réduit le besoin en analgésie péridurale (12 % versus 22 % dans le groupe contrôle avec un risque relatif (RR) à 0,52 dans l'intervalle de confiance (IC) 95 % (0,30 à 0,92) (p=0,03). Par contre, l'intensité de la douleur est égale dans les deux groupes avec une estimation de la différence entre les deux groupes à 0,29 (IC 95% -0,9 à +0,32). Cependant, les parturientes qui ont reçu l'acupuncture ont été plus détendues de manière statistiquement significative (p=0,01) par comparaison au groupe témoin (différence moyenne -0,93, IC à 95% : -1,66 à -0,20). Aucun effet secondaire n'a été signalé [5].

Skilnand

Le deuxième travail est une étude contrôlée randomisée en simple aveugle avec analyse des résultats en intention de traiter. Deux cent dix parturientes à terme et en travail actif ont été assignées à deux groupes : groupe acupuncture (n=106) et groupe placebo (n=102). Le groupe acupuncture bénéficiait de la puncture (deux à douze aiguilles avec une moyenne de sept aiguilles) avec recherche de *deqi* parmi ces points variables : CO7, PO7, ES30, ES29, VB34, ES36, RA8, RA6, RE3, FO3,

VB41, VG20, VE32, VE34, VE67, VE60 et GI4. Les aiguilles étaient laissées en place jusqu'à l'accouchement ou le passage à l'analgésie conventionnelle. Le groupe placebo bénéficiait du même nombre d'aiguilles mais insérées en des endroits considérés sans points d'acupuncture. L'échelle visuelle analogique (EVA) a permis d'évaluer l'effet analgésique de l'acupuncture. Il y a eu une diminution significative de la douleur à 30 mn, 1 heure, 2 heures après acupuncture et 2 heures en post partum (p<0,05) et moins de recours à la péridurale analgésique (p=0,01) ou à la péthidine (p<0,001 par rapport au groupe contrôle. Le second résultat de l'étude objectivait un temps d'accouchement statistiquement plus court (p=0,01) pouvant être expliqué par moins de péridurale dans le groupe acupuncture. Aucun effet secondaire n'a été retrouvé [6].

Nesheim

La troisième étude est de l'équipe norvégienne de Nesheim qui a évalué l'efficacité de l'acupuncture comme analgésique ainsi que la réduction de la prise de mépéridine durant le travail dans un essai contrôlé randomisé en intention de traiter. Les parturientes à terme ont été incluses aléatoirement dans un bras acupuncture (n=106), un autre sans acupuncture (n= 92), et le troisième bras contrôle apparié au précédent groupe (n=92). Les points utilisés (VG20, CO7, FO3, VB34, VC4, GI10-11, GI4, VE23, VE60, VE27-28, VE32, RA6, MC6-7, ES36) étaient puncturés avec recherche du *deqi* pendant 10-20 minutes, voire davantage jusqu'à l'accouchement dans certains cas. Les auteurs constatent qu'on a administré 11% de péthidine dans le groupe acupuncture versus 37 % dans le groupe sans acupuncture (P< 0,0001) et 29 % dans le groupe témoin. L'utilisation d'autres méthodes analgésiques (péridurale, protoxyde d'azote, injection d'eau stérile etc.) était statistiquement plus bas (p=0,01) dans le groupe acupuncture versus groupe contrôle. La satisfaction des patientes était élevée : 89 sur 103 patientes ont souhaité bénéficier de l'acupuncture au prochain accouchement [7].

En 2006, les mêmes auteurs, dans une étude rétrospective portant sur la période du 01/12/99 au 31/12/03 concernant 17741 patientes ont étudié la question : les

femmes en phase de travail bénéficiant d'un traitement d'acupuncture dans un centre hospitalier norvégien exigent-elles moins d'analgésie péridurale que celles n'ayant pas eu d'acupuncture ? L'analyse de régression sur multivariées montre un odds ratio à 0,6 (IC 95% : 0,5-0,7) pour les patientes bénéficiant d'acupuncture versus celles n'en n'ayant pas eu et les auteurs concluent donc que les femmes recevant de l'acupuncture subissent moins d'analgésie péridurale [8].

Discussion

Ces trois études, bien que positives pour l'acupuncture montrent leurs limites.

Celle de Ramnero, étude de qualité méthodologique acceptable avec un score de Jadad estimé à 3/5 est non aveugle. Et de ce fait, cela peut engendrer une surestimation des résultats [9], sans compter que la population recrutée étant faible, la puissance n'est pas forte.

La seconde a cette fois une population suffisamment importante et est de bonne qualité méthodologique (Jadad à 4/5), mais on regrettera qu'elle ne soit pas en double aveugle.

L'étude norvégienne est aussi de qualité méthodologique acceptable avec un score de Jadad à 3/5. Mais, à nouveau, le problème des patients et des évaluateurs décrits comme non aveugles minimise l'effet bénéfique de l'acupuncture. Bien sûr dans cet ECR, cette absence de traitement en aveugle a été palliée en constituant l'appariement des patientes du groupe sans acupuncture avec d'autres patients non randomisées mais ce n'est pas suffisant et on ne peut que souhaiter de nouveaux ECR satisfaisant à ces critères méthodologiques. Leur étude rétrospective de 2006 est certes intéressante mais met bien en exergue encore une fois les biais de procédure observés sur les trois précédentes études, à savoir l'hétérogénéité du traitement acupunctural et le fait que les sages-femmes responsables de l'acupuncture étaient aussi cliniquement responsables de leur patiente, d'où insu non en aveugle.

Ainsi, la revue de la Cochrane confirme à nouveau tout cela en 2006 et montre que l'acupuncture peut être bénéfique dans la gestion de la douleur du travail en

obstétrique. En réanalysant les trois ECR décrits dans la précédente revue de 2002 [4] concernant 496 patientes, Smith et coll. objectivent à nouveau une décroissance de la nécessité de soulager la douleur dans les groupes acupuncture (RR=0,70 avec IC à 95% : 0,49 à 1,00 dans 2 ECR de 288 femmes). Cependant, comme Lee et coll., même si les auteurs classent les ECR comme de bonne qualité méthodologique malgré l'absence d'insu non aveugle, ils réclament d'autres études avec une plus grande population et la nécessité d'avoir des essais contrôlés randomisés en double aveugle [10].

D'autres ECR satisfaisant partiellement à ces critères sont parus à partir de 2007 permettant d'avoir une opinion de l'efficacité de l'analgésie dans l'accouchement davantage factuelle.

Chao

En février 2007, dans la revue Pain est paru un essai contrôlé randomisé en double aveugle concernant l'amélioration de la douleur durant le premier stade du travail par application de stimulation électrique transcutanée (TENS : ampérage entre 10 et 18mA, fréquence de 100Hz en alternance avec celle de 2 Hz, durée d'impulsion : 0,25ms, 30mn) sur les points d'acupuncture. Deux points sont utilisés : GI4 (*hegu*) et RA6 (*sanyinjiao*) bilatéralement dans le groupe TENS (n=52). Le deuxième groupe (n=53) est un placebo de TENS (stimulation électrique à moins de 5mA et sans alternance de fréquence). L'échelle visuelle analogique (EVA) a servi pour évaluer la douleur avant, 30 et 60 minutes après le traitement. Le critère primaire de jugement était le niveau du score de l'EVA diminué de trois dans chaque groupe (échelle EVA allant de 1, pas de douleur à 10, maximum de douleurs). Le critère secondaire était le mode d'accouchement et l'effet néonatal. Le groupe TENS a eu une réduction statistiquement significative du score de 3 sur l'EVA versus le groupe placebo (31/50 – 62 % – versus 7/50 – 14 % –, P<0,001). La volonté des femmes à utiliser la même méthode analgésique dans un accouchement futur était aussi statistiquement significative (TENS : 48/50 – 96 % – versus placebo, 33/50 – 66 % –, P<0,001). Cependant, l'accouchement nécessitant des manœuvres instrumentales a été accru dans le

groupe TENS (12/50 – 24 % – contre 4/50 – 8 % –, $P=0,05$ pour le groupe placebo), mais les résultats néonataux n'étaient pas différents [11]. Cette accroissement des techniques opératoires dans le groupe TENS a été expliqué par les auteurs par une taille significativement plus petite ($p=0,03$) dans le groupe TENS (158cm) versus groupe TENS placebo (161cm). Cet travail en intention de traiter et en double insu est d'une très bonne qualité méthodologique (Jadad à 5/5) mais souffre néanmoins de limitations potentielles. En effet, il s'agit d'un ECR réalisé à Taiwan avec une population asiatique chez qui l'usage de l'acupuncture est habituel. Que deviendrait cette grande acceptation de la technique dans un autre groupe ethnique ? Par ailleurs, la puissance de l'essai n'est pas très élevée avec une population globale à 105 participantes. Néanmoins, on constate un effet synergique de la stimulation électrique transcutanée sur des points d'acupuncture. Aucun effet secondaire n'a été décrit aussi bien chez la femme que l'enfant. Enfin, il est à noter que le protocole d'acupuncture est simple d'utilisation et facile à mettre en place.

Qu

Toujours en 2007, l'acupuncture et la TENS ont été délaissées au profit de l'électroacupuncture (EA). Comme l'étude de Chao, les deux points GI4 (*hegu*) et RA6 (*sanyinjiao*) bilatéralement ont été stimulés dans le groupe acupuncture ($n=20$) à une fréquence alternée de 2 et 100 Hz (14 à 30 mA d'intensité tolérable) pendant 20 mn. Dès que la dilatation passait de 7 à 8 cm, la procédure d'EA était à nouveau relancée. Le deuxième groupe ($n=19$) était le groupe contrôle sans aucune intervention de soulagement analgésique. Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé évaluant en critère principal l'intensité douloureuse et le degré de détente par une échelle allant de 0 (pas de douleurs / relaxation complète) à 10 (douleur maximale / très tendue) au cours du travail dans ces deux groupes de femmes primipares. Les mesures avant et après le début du traitement des concentrations plasmatiques de la bêta-endorphine (beta-EP) et de la 5-hydroxytryptamine (5-HT : sérotonine) étaient le second critère de l'étude. Il a été objectivé dans le groupe EA une intensité de

douleur inférieure et un meilleur degré de relaxation que dans le groupe contrôle ($p=0,018$; $p=0,031$). A la fin du premier stade du travail, on retrouve aussi une augmentation significative de la concentration plasmatique de bêta-EP (1597 ng/ml dans le groupe EA versus 1313,45 ng/ml dans le groupe contrôle, $p=0,037$) et 5-HT (2501 ng/ml versus 2099 ng/ml dans le groupe contrôle; $p=0,030$). Malheureusement, cet ECR n'est pas de haute qualité méthodologique, car non aveugle et non en intention de traiter (Jadad = 2/5). Par ailleurs, il est de faible puissance. Cependant, l'intérêt c'est de retrouver un protocole déjà utilisé et qui peut être standardisé à de nouveaux ECR de grande puissance et de haute qualité [12].

Borup

L'ECR de Borup et coll. répond en partie à cette attente. Son objectif a donc été de comparer l'effet de l'acupuncture par rapport à la stimulation électrique transcutanée (TENS à 100 Hz 20 à 45mn) ou par rapport aux analgésiques traditionnels (papules d'eau stériles, pethidine, protoxyde d'azote, péridurale) dans le soulagement de la douleur, la relaxation avec comme critères de jugement l'intensité de la douleur, le vécu de la naissance et le résultat obstétrical. Cet essai contrôlé randomisé non aveugle a été conduit chez 607 femmes saines en travail et à terme bénéficiant d'acupuncture ($n=314$), TENS ($n=144$) ou analgésiques traditionnels ($n=149$).

Trente-quatre points ont été utilisés (figure 1). Le traitement était individualisé selon la localisation de la douleur. Pas de stimulation électrique. La durée de la séance d'acupuncture pouvait varier entre 30 mn à 2 h et les séances pouvaient être répétées.

Les critères principaux de jugement étaient la nécessité de bénéficier d'une analgésie péridurale ou pharmacologique, l'intensité de la douleur évaluée par une échelle visuelle analogique (EVA), l'expérience de la naissance, le degré de satisfaction lors de l'accouchement et le soulagement de douleur évalué à 2 mois après l'accouchement. Les critères secondaires étaient la durée de travail, l'utilisation d'ocytocine, le mode d'accouchement, les hémorragies de la délivrance, le score d'Apgar et la

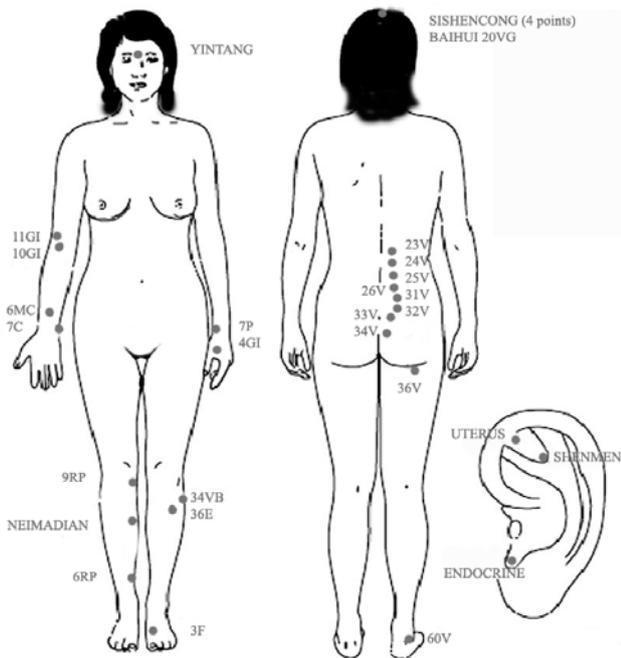


Figure 1. Les points d'acupuncture utilisés dans l'ECR de Borup (d'après son schéma [13]).

valeur du pH du cordon ombilical. Cette étude était en intention de traiter. Les résultats objectivent que l'utilisation des méthodes invasives ou pharmacologiques était significativement plus basse dans le groupe acupuncture versus groupe analgésique traditionnel ($p < 0,001$) et versus TENS ($p = 0,031$). L'intensité de douleur était comparable dans les trois groupes. L'acupuncture n'a pas influencé la durée du travail ou l'utilisation d'ocytocine. Le score moyen d'Apgar à 5 minutes et le pH du cordon ombilical était significativement plus élevé parmi les nourrissons nés dans le groupe acupuncture en comparaison aux enfants nés dans les autres groupes. Conclusions : l'acupuncture réduit le besoin en utilisation d'analgésie pharmacologique (principalement le protoxyde d'azote) ou invasive durant l'accouchement et est un bon complément dans les méthodes analgésiques [13]. Même si cet ECR est non aveugle, il est de grande puissance et obtient un score de Jadad de 3/5, donc ECR de qualité méthodologique acceptable avec une randomisation adéquate et bien décrite.

Conclusion

Même si dans l'état actuel des connaissances, nous sommes toujours en attente d'une étude répondant à

tous les critères scientifiques de méthodologie, on peut recommander l'acupuncture dans l'analgésie du travail lors de l'accouchement selon le grade B (présomption scientifique) de la Haute Autorité de Santé Française. Par contre, l'électroacupuncture et la thérapeutique par TENS nécessitent des ECR de grande puissance.

Et l'acupression ?

Une autre alternative à l'acupuncture et l'électroacupuncture est l'acupression. L'ECR de Chung et coll. a déterminé l'effet de l'acupression sur GI4 et VE67 (pendant 20 mn, 5 cycles d'acupression de 5mn) sur la douleur de l'accouchement et les contractions utérines lors du premier stade du travail. Cent vingt sept femmes ont été aléatoirement réparties en trois groupes, groupe acupression, groupe effleurage de la peau, groupe contrôle. Il y a une diminution significative de la douleur dans la phase active du travail versus les autres groupes, mais aucune différence significative dans l'efficacité de contractions utérines pendant le premier stade du travail parmi les trois groupes [14]. Ce travail en simple aveugle est de mauvaise qualité méthodologique avec une randomisation mal décrite et une faible puissance. De plus, malgré 18% de pertes de vues, les analyses statistiques furent réalisées sans intention de traiter.

Le deuxième ECR d'acupression est celui de Lee et coll. qui a évalué le RA6 sur la douleur du travail. 75 femmes furent aléatoirement assignées au groupe acupression ($n=36$, RA6 avec pression de 2150 mmHg appliquée à chaque contraction pendant 30mn) et au groupe contrôle ($n=39$, attouchement sans pression sur RA6). On a retrouvé une différence significative du soulagement de la douleur (mesurée par EVA) immédiatement après l'intervention ($p=0,012$), 30 minutes après l'intervention ($p=0,021$) et 60 minutes après l'intervention ($p=0,012$) versus le groupe contrôle. Le temps total de travail (de 3 cm de dilatation jusqu'à l'accouchement) était significativement plus court dans le groupe d'intervention que dans le groupe contrôle ($p=0,006$) [15]. L'étude de faible puissance en simple aveugle avec 15% de perdus de vus nécessite donc de réaliser un ECR de haute puissance en double aveugle et en intention de traiter.



Dr Jean-Marc Stéphan

✉ jm.stephan@acupuncture-medicale.org
Co-directeur de la revue « Acupuncture & Moxibustion »

Chargé d'enseignement à la faculté de médecine de Lille et Paris XI
Médecin acupuncteur attaché au CH de Denain

Références

1. Madsen MV, Gotzsche PC, Hrobjartsson A. Acupuncture treatment for pain: systematic review of randomised clinical trials with acupuncture, placebo acupuncture, and no acupuncture groups. *Bmj*. 2009;338:a3115.
2. Martoudis SG, Christofides K. Electroacupuncture for pain relief in labour. *Acupunct Med*. 1990;8:51-53.

3. Ternov K, Nilsson M, Lofberg L, Algotsson L, Akeson J. Acupuncture for pain relief during childbirth. *Acupunct Electrother Res.* 1998;23(1):19-26.
4. Lee H, Ernst E. Acupuncture for labor pain management: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Nov;191(5):1573-9.
5. Ramnero A, Hanson U, Kihlgren M. Acupuncture treatment during labour--a randomised controlled trial. *Bjog.* 2002 Jun;109(6):637-44.
6. Skilnand E, Fossen D, Heiberg E. Acupuncture in the management of pain in labor. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002 Oct;81(10):943-8.
7. Nesheim BI, Kinge R, Berg B, Alfredsson B, Allgot E, Hove G, et al. Acupuncture during labor can reduce the use of meperidine: a controlled clinical study. *Clin J Pain.* 2003 May-Jun;19(3):187-91.
8. Nesheim BI, Kinge R. Performance of acupuncture as labor analgesia in the clinical setting. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(4):441-3.
9. Schulz KF, Chalmers I, Hayes RJ, Altman DG. Empirical evidence of bias. Dimensions of methodological quality associated with estimates of treatment effects in controlled trials. *Jama.* 1995 Feb 1;273(5):408-12.
10. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006(4):CD003521.
11. Chao AS, Chao A, Wang TH, Chang YC, Peng HH, Chang SD, et al. Pain relief by applying transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) on acupuncture points during the first stage of labor: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Pain.* 2007 Feb;127(3):214-20.
12. Qu F, Zhou J. Electro-acupuncture in relieving labor pain. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2007 Mar;4(1):125-30.
13. Borup L, Wurlitzer W, Hedegaard M, Kesmodel US, Hvidman L. Acupuncture as pain relief during delivery: a randomized controlled trial. *Birth.* 2009 Mar;36(1):5-12.
14. Chung UL, Hung LC, Kuo SC, Huang CL. Effects of LI4 and BL 67 acupressure on labor pain and uterine contractions in the first stage of labor. *J Nurs Res.* 2003 Dec;11(4):251-60.
15. Lee MK, Chang SB, Kang DH. Effects of SP6 acupressure on labor pain and length of delivery time in women during labor. *J Altern Complement Med.* 2004 Dec;10(6):959-65.

Marc Piquemal, Stephane Heintz, Rodolfo Castellani

Vaisseau Conception : mer du *yin* ? Preuve expérimentale

Résumé : Le Vaisseau Conception peut-il être considéré comme une « mer du *yin* » ? C'est la conclusion de cette étude statistique basée sur les résultats d'une analyse spectrale de bioDDP capturés sur les points P1, F14, F13 et E25. La stimulation magnétique du point VC17 montre que seuls les méridiens *yin*, dont le trajet profond passe par le médiastin, sont capables de transformer cet apport énergétique externe en vue de régler leurs points, grâce au Vaisseau Conception. **Mots-clés :** Méridiens *yin* - Vaisseau Conception - analyse spectrale - bioDDP - champ magnétique.

Summary: Should Conception vessel (CV) be considered as “*yin* resource” ? This is our conclusion after statistical study based on a spectral analysis of bio difference in skin electrical potential (bioDDP) data (lung 1, Liver 14 and 13, Stomach 25). Only *yin* meridian that have internal mediastinal path could get advantage of this external magnetic flow stimulus sent on CV17, that allow regulation on bioDDP point, by means of CV work. **Keywords:** *yin* meridian - Conception Vessel - spectral analysis - Magnetic field stimulation.

Introduction

La MTC considère que les 12 méridiens principaux ainsi que les vaisseaux secondaires sont des trajets immatériels répartis sur le corps humain, unissant énergétiquement les régions profondes (viscérales) aux régions superficielles (cutanées).

Les deux lignes médianes, elles (Vaisseau Conception et Vaisseau Gouverneur), ne font pas partie de ce continuum énergétique que sont les méridiens principaux. Elles possèdent leur propre circulation d'énergie [1]. Elles ne commandent pas des organes, mais régulent plutôt des fonctions.

Cette circulation énergétique n'est pas aléatoire, elle est orientée le long de trajets bien définis et selon un sens lui aussi défini.

De nombreuses hypothèses, dès le XIII^{ème} siècle (*Po Jenn*), faisaient ressortir qu'en fait ces deux cercles énergétiques (méridiens principaux et lignes médianes) étaient en relation l'un avec l'autre. Les lignes médianes serviraient alors de « vase d'expansion » énergétique absorbant ou distribuant des ressources énergétiques au circuit des 12 méridiens, selon les besoins. Une autre tendance fut celle de considérer deux circuits : les 12 méridiens d'une part, et de rattacher fonctionnellement les deux lignes médianes au groupe des huit merveilleux vaisseaux.

Le propos de cet article est de montrer qu'en stimulant

de manière externe, le point VC17 du méridien Vaisseau Conception, orienté théoriquement vers la partie respiratoire, il est possible d'agir sur ce réservoir d'énergie. Si tel est le cas on devrait s'attendre à voir auprès des résurgences superficielles des trajets profonds des deux méridiens *yin* (poumon et foie), des modifications de leur bio-différence de potentiel (bioDDP). Ceci devrait apporter une preuve énergétique de l'existence d'une relation entre Vaisseau Conception et trajet profond de ces deux méridiens. Afin de montrer que le bénéfice de cette action est bien dû à une « connexion interne » entre ces méridiens et non à un effet d'influence de « voisinage » du stimulant, on inclut dans ce protocole un point du méridien *yang* Estomac (E25), qui lui ne devrait pas montrer de changement au travers de l'analyse spectrale de l'énergie recueillie sous forme de bioDDP.

Dans ce cas là, on pourrait parler d'une connexion entre l'énergie des branches profondes médiastinales de ces deux méridiens *yin* et le « réservoir central *yin* » que représenterait le Vaisseau Conception, reprenant le concept de *Po Jenn*.

Matériel et Méthode

Matériel

La capture des bioDDP est réalisée grâce à une carte d'acquisition digitale de 8 pistes d'entrée, à haute im-

pédance. Les données sont emmagasinées dans un PC en vue d'un traitement mathématique (analyse spectrale). La stimulation hors contact cutané est obtenue par un champ magnétique de 0,9 gauss (légèrement plus fort que le champ magnétique terrestre) généré par un appareil conçu par l'entreprise Géohabitar [2]. C'est un champ magnétique pulsé, sur une fréquence de 13 Hz, loin de la fréquence cardiaque (1,2 Hz) et respiratoire (0,3 Hz). La stimulation par champ magnétique offre de sérieux avantages : le champ magnétique pénètre profondément dans les tissus et peut donc atteindre les mécanismes profonds de collections d'énergie dont nous parle la MTC. Elle est modulable. Une fois atteinte son support, elle peut alors se convertir en énergie électrique si elle rencontre un support physique en mouvement, comme le sont les tissus biologiques du médiastin (cœur, poumon, flux sanguin...). De là, elle peut se capter sous forme de bioDDP. C'est une énergie que le corps humain sait utiliser puisqu'il vit dans les flux magnétiques (géomagnétisme).

Méthode

Une population de 13 personnes constitue notre groupe d'étude. Elle est en majorité féminine (62%), de 42±20 ans de moyenne d'âge.

Les points de mesures symétriques, sont :

- P1, résurgence du trajet profond de la branche interne du méridien Poumon.
- F14, résurgence du trajet profond du méridien Foie [3].
- F13, passage du plan superficiel du méridien Foie vers le plan profond [3].
- E25, trajet externe du méridien Estomac.

Le point de stimulation est VC17.

Le protocole s'organise de la manière suivante :

- repos préalable de 10 minutes, en position assise sur une chaise en bois.
- Première capture sur les huit points cités. C'est notre mesure de référence.
- Stimulation par champ magnétique durant 6 minutes.
- Deuxième capture, dès l'arrêt de la stimulation du champ magnétique.

Nous obtenons donc deux bases de données (pré et post-stimulation) pour chaque sujet. L'analyse spectrale qui fait suite a pour but d'identifier les acteurs énergétiques, générateurs des bioDDP ainsi que de déterminer avec quelle intensité (puissance) ils interviennent au cours de cette stimulation du Vaisseau Conception.

Résultats

Ils proviennent de l'analyse statistique des spectres électriques des 4 couples de points chez les 13 personnes. L'analyse spectrale nous indique plusieurs fréquences parmi lesquelles une domine. C'est celle-ci que nous retiendrons ainsi que la puissance qui lui est associée. Sont donc présentes deux types de données : celles qui concernent la fréquence dominant avant et après stimulation magnétique et celles des puissances associées (tableaux I et II).

La variation est calculée selon la formule suivante [(Valeur de fréquence initiale – valeur de fréquence finale) / valeur de fréquence initiale]. Les valeurs de fréquence qui ne dépassent pas 10% ne sont pas retenues, pouvant correspondre à des fluctuations normales.

Les résultats montrent qu'il existe un changement de fréquence seulement pour certains d'entre eux. Seuls

Tableau I. Etude statistique de la variation de la fréquence dominante sur les couples de points, avant et après stimulation magnétique.

Points	P1 gauche	P1 droit	F14 gauche	F14 droit	F13 gauche	F13 droit	E25 gauche	E25 droit
Variation	23%	16%	15%	15%	-4%	-3%	3%	7%

Tableau II. Etude statistique de la variation de la puissance associée sur les couples de points, avant et après stimulation magnétique.

Points	P1 gauche	P1 droit	F14 gauche	F14 droit	F13 gauche	F13 droit	E25 gauche	E25 droit
Variation	-2%	-2%	-2%	-2%	-2%	-6%	-1%	-3%

les couples de points *yin* qui sont points de résurgence (c'est-à-dire des points qui marquent la transition entre la branche interne et son parcours externe) voient une réduction de leur fréquence, donc un retour vers une normalisation de celle-ci. Les deux autres couples de points sont restés relativement constants. Ils correspondent, pour le méridien Foie, à deux points de trajet superficiel, avant son passage en profondeur. Le méridien Estomac, dans son trajet thoraco-abdominal, reste superficiel. Il n'est pas affecté par la stimulation magnétique.

De manière globale, et en reprenant les calculs et seuil de tolérance précédents, on ne peut parler de changement de puissance après la stimulation par champ magnétique du médiastin.

Discussion

Les résultats nous montrent que la stimulation par champ magnétique au point VC17 affecte, en terme de fréquence, uniquement les points de résurgence des méridiens *yin*. Ceux-ci ont transité, par leur branche interne, dans cette portion du médiastin. Il semble donc exister un phénomène de capture magnétique de la part du Vaisseau Conception, au point VC17. Cette capture d'énergie se communique aux deux méridiens *yin*, seulement durant leur trajet interne. Ce transfert d'énergie n'affecte pas le méridien *yang* Estomac qui, lui, transite par cette zone médio-thoracique de manière superficielle. Donc le Vaisseau Conception semble représenter une voie d'alimentation « énergétique » pour ces deux méridiens *yin* lorsque ceux-ci transitent, de manière profonde, en parcourant le médiastin. Ce gain d'énergie génère des modifications. Celles-ci suivent le sens du flux énergétique des méridiens : elle n'ont pas d'effet rétrograde (point F14 et non F13).

L'apport énergétique induit par le stimulus magnétique se manifeste en terme de changement de fréquence, celle-ci revenant vers des valeurs plus proches de la normale (4 Hz) : il s'agit d'une régulation. Le stimulus magnétique capté par le méridien central est perçu sous la forme de signaux électriques, auprès

des points d'acupuncture. Il existe donc une transformation d'énergie opérée par le Vaisseau Conception, depuis la profondeur vers la superficie, puisque le méridien Estomac, par son trajet superficiel ne reflète pas, lui, cet apport énergétique. Il existe donc un réservoir d'énergie, que l'on peut moduler en fonction de l'apport d'une énergie appropriée (ici un champ magnétique fluctuant) qui permet de réguler, de manière interne, l'énergie électrique perçue auprès de points de méridiens *yin* dans leur trajet superficiel. Il est intéressant de noter que c'est le balayage de flux magnétique qui permet de générer ces changements observés expérimentalement dans les 2 méridiens *yin*. Dans la vie, lors de la marche par exemple, le corps humain balaie des lignes de flux magnétiques : ce sont celles de la terre. Celles-ci pourraient très bien jouer le même rôle que celui de notre champ magnétique artificiel pulsé, permettant ainsi un apport d'énergie à l'ensemble du réseau *yin* dont les branches internes passent par le médiastin. De même la présence du cœur, avec ses battements et le flux sanguin qui le traverse (engendrant localement un champ magnétique) pourrait alors être envisagée comme autre source d'énergie magnétique. Celle-ci, introduite dans le réseau énergétique *yin*, pourrait servir de mode de régulation des méridiens *yin* en fonction du besoin des apports sanguins des organes. Serait-ce là une des boucles d'asservissement, unissant le flux sanguin à l'énergie *yin* (couplage Sang/Energie)? Le Vaisseau Conception peut donc bien jouer le rôle de « mer d'énergie *yin* ».

Conclusion

A partir d'une population de treize personnes, au moyen de l'analyse spectrale de bioDDP de points de méridiens *yin* et *yang*, il a été possible de montrer que le Vaisseau Conception peut servir de réservoir d'énergie de type *yin*. Stimulé par un champ magnétique, sur le point VC17, il existe une capture et transformation de l'apport énergétique magnétique initial. Celui-ci est communiqué seulement aux méridiens *yin* dont les branches internes passent par le médiastin.



D^r Marc Piquemal
Casilla Correo 2899
Asuncion Paraguay
✉ bioconsulta@quanta.com.py



Ingénieur électronique Stephane Heintz
Casilla 902
Viña del Mar, Chile
✉ stephane_heintz@geohabitar.cl



Ingénieur Informaticien Rodolfo Castellani
Asuncion Paraguay
✉ rodolfo.castellani@gmail.com

Références

1. Soulié de Morant G. L'acupuncture chinoise. Paris: Maloine;1985.
2. Heintz S, Heintz B, Piquemal M. Influence du champ magnétique terrestre sur le système nerveux végétatif. Ecohabitar 2010; in print.
3. Académie traditionnelle chinoise de Pékin. Précis d'acupuncture chinoise. Saint Jean de Braye: Dangles;1977.

Tran Tuan Anh

Essai de modélisation du syndrome grippal par le système des méridiens

Résumé : En Médecine Traditionnelle Chinoise, l'attaque de Vent-Froid externe donne un tableau de syndrome grippal. Les symptômes peuvent être aisément expliqués par l'atteinte du réseau des méridiens de la surface vers la profondeur. Cet article se propose de dresser la carte des méridiens atteints en rapport avec les manifestations du syndrome grippal. Chaque méridien ayant des symptômes spécifiques, la connaissance du siège de l'atteinte permet de chasser l'énergie perverse à temps et de l'empêcher ainsi d'atteindre la profondeur. **Mots Clés :** Vent - froid externe - méridiens tendino-musculaires - méridiens principaux - méridiens curieux - méridiens distincts - points Vent - point *ashi-weiqi*.

Summary: In Traditional Chinese Medicine, the external Cold Wind can provoke a cold syndrome ("flu like") in the body. The resulting symptoms can be easily explained by disturbance in the meridians network from the surface level to the deep level in the body. According to the meridian involved, specific symptoms will appear. The aim of this article is to draw the map of different meridians affected in flu syndrome based on the symptoms presented by the patient. By acting on the involved meridian, evil energy can be stopped at time and will not be able to penetrate in the deeper levels. **Keywords:** external Cold Wind - sinew meridian - primary meridian - extraordinary meridian-divergent meridian - Wind points - *ashi* point - *weiqi*.

En médecine occidentale, un syndrome grippal comporte l'ensemble ou la majeure partie des symptômes de la grippe, infection due à un myxovirus influenzae. Si la grippe entraîne des signes cliniques francs, les symptômes du syndrome grippal sont moins intenses et décrivent un tableau plus modéré.

Il associe les signes cliniques suivants : fièvre d'apparition aiguë supérieure à 39°C, accompagnée de frissons, de céphalées, de douleurs musculaires et de symptômes respiratoires, à type de toux, dyspnée. Le patient est asthénique, anorexique, avec une sensation de malaise général [1,2].

Les principaux virus donnant un syndrome grippal sont les orthomyxoviridae, responsables de la grippe, les virus para-influenza, le virus respiratoire syncytial (VRS), le virus de l'hépatite A, les adénovirus, les rhinovirus, les entérovirus et les coronavirus.

Concernant la grippe, la période d'incubation est courte, durant 1 à 2 jours. La maladie débute brutalement par une fièvre supérieure à 38,5°C avec des frissons, des céphalées, une sensation de malaise général avec asthénie et anorexie, ainsi que des myalgies et arthralgies diffuses. À ce tableau s'ajoutent des signes ORL et respiratoires : congestion nasale, rhinorrhée, toux sèche,

odynophagie et dysphonie. Les nausées et vomissements peuvent être rencontrés dans la grippe, surtout chez les enfants. La fièvre dure 2 à 4 jours. On observe fréquemment un « V grippal » : après la période d'incubation, il y a une forte fièvre (39-40°C), puis une chute de la température avant une remontée, d'où le terme de « fièvre en V ». La guérison est rapide mais l'asthénie et la toux peuvent persister jusqu'à deux semaines.

En médecine traditionnelle chinoise, l'attaque de Vent-froid externe donne un tableau de syndrome grippal. Les symptômes peuvent être aisément expliqués par l'atteinte du réseau des méridiens de la surface vers la profondeur. Les méridiens *taiyang* sont les plus superficiels, donc les plus souvent atteints par les facteurs pathogènes externes.

La voie aérienne

Pénétration directe dans les poumons

Le Vent-froid, par le point GI20 (*yingxiang*), peut pénétrer directement dans les poumons via le nez, entraînant éternuements, rhinorrhée et obstruction nasale (voir tableau I : voie 1a). Par ce point, il peut passer au méridien principal (MP) de l'estomac (*zuyangming*),

provoquant des signes digestifs de type nausées, vomissements, douleurs abdominales.

Traitement : la puncture de GI20 ouvre les voies du nez, chasse le vent et la chaleur de tout le visage. On améliore ainsi les symptômes du coryza.

Pénétration directe dans le méridien principal de la vessie

Le vent peut aussi pénétrer par le point VE1 (*jingming*) pour atteindre directement le méridien principal de la vessie (*zutaiyang*) (voie 1b du tableau), entraînant une symptomatologie de type rougeur et larmoiement des yeux avec vision trouble, photophobie, crainte du Froid et céphalées. Du fait que VE1 soit un point de croisement de plusieurs méridiens (Vessie, Intestin Grêle, Estomac, Vésicule Biliaire, Triple Réchauffeur, Vaisseau Gouverneur, *yinqiaomai*, *yangqiaomai*), le Vent-Froid peut atteindre une grande partie du réseau des méridiens par ce biais.

Traitement : la puncture de VE1 (*jingming*) chasse le Vent, élimine la Chaleur et a des effets bénéfiques sur les yeux. La puncture de VE10 (*tianzhu*), point Fenêtre du Ciel, régule le *Qi* et apaise le Vent, calme l'esprit et a des effets bénéfiques sur la tête et les orifices des sens.

La voie cutanée

Le Vent-froid pénètre dans le méridien tendino-musculaire (MTM, *jingjin*) de la Vessie (tableau I : voie 2), provoquant une rigidité musculaire, des céphalées, de la fièvre et frissons non soulagés par la transpiration. Par le point IG18 (*quanliao*), point de réunion des trois MTM *zutaiyang* (Vessie), *zushaoyang* (Vésicule Biliaire) et *zuyangming* (Estomac), il peut atteindre les deux autres MTM, entraînant douleurs et contractures dans les zones de leurs passages.

Traitement : puncture des points douloureux locaux (points *ashi*), puncture du point IG18 qui chasse le Vent, soulage la douleur et élimine la Chaleur.

Le Vent-froid arrive ensuite au *zutaiyang* (MP de la Vessie) par l'intermédiaire du point *jing* distal VE67 (*zhiyin*). La symptomatologie peut s'aggraver avec des accès de fièvres intermittentes s'accompagnant de trou-

bles psychiques : délire, confusion mentale, agitation, logorrhée dus à une forte fièvre, des larmoiements, une rhinorrhée avec écoulement postérieur, une rigidité avec céphalées et cervicalgies.

Traitement : la puncture de VE67 chasse le Vent et dégage la tête et les yeux.

Passant par le point *shu* VE65 (*shugu*), il pénètre ensuite dans le *yangweimai* au point VE63 (*jinmen*) (point de réunion entre *zutaiyang*, MP de la Vessie et *yangweimai*). Par cette voie, tout le trajet du *yangweimai* est atteint. C'est la voie directe de pénétration du Vent-froid (voie 3). On note des frissons et fièvre importants, avec crainte du Vent et du Froid, des céphalées avec tête lourde, douleurs et raideurs du cou, une vision floue, de douleurs articulaires et musculaires généralisées, de lombalgies avec raideurs. Les membres sont chauds voire brûlants.

Traitement : la puncture de VE63 (*jinmen*) apaise le Vent, diminue les contractures de l'épaule et du dos, détend les tendons et soulage la douleur.

La puncture de TR5 (*waiguan*), point clef de *yangweimai*, disperse le Vent, libère la surface, élimine la chaleur, stimule le méridien et soulage la douleur. Il ouvre le *yangweimai*. Le « Chant du Dragon de Jade » recommande TR5 pour « la fièvre, les frissons et la douleur des cent articulations » [3,4].

Cependant, le Vent-froid peut prendre la voie prolongée directe : passant par le point *shu* VE65 (*shugu*), il continue à circuler le long du *zutaiyang* jusqu'à un de ces points d'union VE16 (*dushu*), VE12 (*fengmen*), VE11 (*dazhu*). D'un de ces points, il se déverse dans le *dumai* (Vaisseau Gouverneur) dans l'un des points suivants : VG13 (*taodao*), VG14 (*dazhui*), VG16 (*fengfu*), VG17 (*naohu*), VG24 (*shenting*) (4). L'atteinte du *dumai* entraîne une raideur et de douleurs de la colonne vertébrale, des tremblements voire des convulsions, des céphalées, vertiges et des douleurs vives de la vertèbre C7.

Traitement : la puncture de VG13 (*taodao*) élimine la Chaleur, traite la raideur de la colonne vertébrale et les lourdeurs de la tête.

La puncture de VG14 (*dazhui*) chasse le Vent, raffermi la surface et élimine la Chaleur.

La puncture de VG16 (*fengfu*) élimine le Vent, traite les frissons, les transpirations, les céphalées et calme l'esprit. C'est aussi un point Fenêtre du Ciel et un point de la Mer des moelles, qui a des effets bénéfiques sur la tête et le cou.

Selon Yan Shenzhi, il est indiqué dans « *toute forme de trouble de type Vent* ».

La puncture de VG17 (*naoshu*) élimine le Vent, soulage la douleur, a des effets bénéfiques pour les yeux et calme l'esprit.

La puncture de VG24 (*shenting*) élimine le Vent, a des effets bénéfiques sur le nez, les yeux, la tête, le cerveau et calme l'esprit.

La puncture de IG3 (*houxi*), point clef de *dumai*, élimine le Vent, diminue la fièvre, et a des effets bénéfiques sur les orifices des sens, ainsi que sur l'occiput, le cou et le dos.

VE12, (*fengmen* ou « porte du vent ») est situé sur le haut du dos, en regard de la partie la plus haute du poumon (tableau I : voie 5). Ce dernier est prédisposé à être facilement lésé par les facteurs pathogènes externes. Le Vent bloque le *weiqi* et perturbe sa fonction de réchauffement, entraînant fièvre et frissons, crainte du Vent et du Froid, ainsi que des céphalées. De plus, l'énergie perverse perturbe la fonction de descente et de diffusion du Poumon, entraînant une rhinorrhée abondante avec toux.

VE11 (*dazhu* ou « grande navette ») est un point de croisement entre *zutaiyang* et *shoutaiyang*. Il est localisé sur le haut du dos, près du cou et du poumon. De ce fait, il a une forte action sur la surface du corps et sur le poumon. Il est très semblable à VE12 dans sa capacité à chasser le Vent-froid pathogène externe et à raffermir la surface en cas de Vide.

Traitement : puncture de VE11 (*dazhu*) pour chasser le Vent Froid, raffermir la surface, régule le *qi* du Poumon et calme la toux.

Puncture et / ou ventouse, moxa de VE12 (*fengmen*) pour raffermir la surface, fortifier *weiqi* et chasser le Vent-froid. C'est un point Vent.

Moxa de VE13 (*feishu*), point *shu* dorsal du Poumon, pour tonifier le *qi*, nourrir le *yin* du Poumon, faire des-

endre et diffuse le *qi* du Poumon, élimine la Chaleur du Poumon et libère la surface.

Le Vent-froid peut pénétrer aussi dans le MTM de l'Intestin Grêle (tableau I : voie 6), provoquant des manifestations ORL de type pharyngites, adénopathies sublinguales, sous-maxillaires et cervicales.

Par le point ES8 (*touwei*), point de réunion des trois MTM *shoutaiyang* (IG), *shoushaoyang* (TR) et *shouyangming* (GI), il peut atteindre les deux autres *jingjin*, entraînant douleurs et contractures dans les zones de leurs passages.

Traitement : puncture des points douloureux locaux (points *Ashi*), puncture du point ES8 qui chasse le Vent, soulage la douleur, calme les céphalées, la dyspnée, et a des actions bénéfiques pour les yeux.

Par l'intermédiaire du point *jing* distal IG1 (*shaoze*), il arrive ensuite dans le *shoutaiyang* (MP de l'IG). Passant par le point *shu* IG3 (*houxi*), il pénètre ensuite dans l'un des deux méridiens curieux *yangweimai* et *yangqiaomai* au point IG10 (*naoshu*) (point de réunion entre *yangweimai*, *yangqiaomai* et MP *zutaiyang* (tableau I : voie 7)). Par cette voie indirecte, la symptomatologie sera partielle car seule la partie supérieure du trajet du Méridien Curieux sera atteinte. L'atteinte du *yangqiaomai* entraîne une rhinorrhée, des étternuements avec obstruction nasale, des céphalées et des douleurs oculaires.

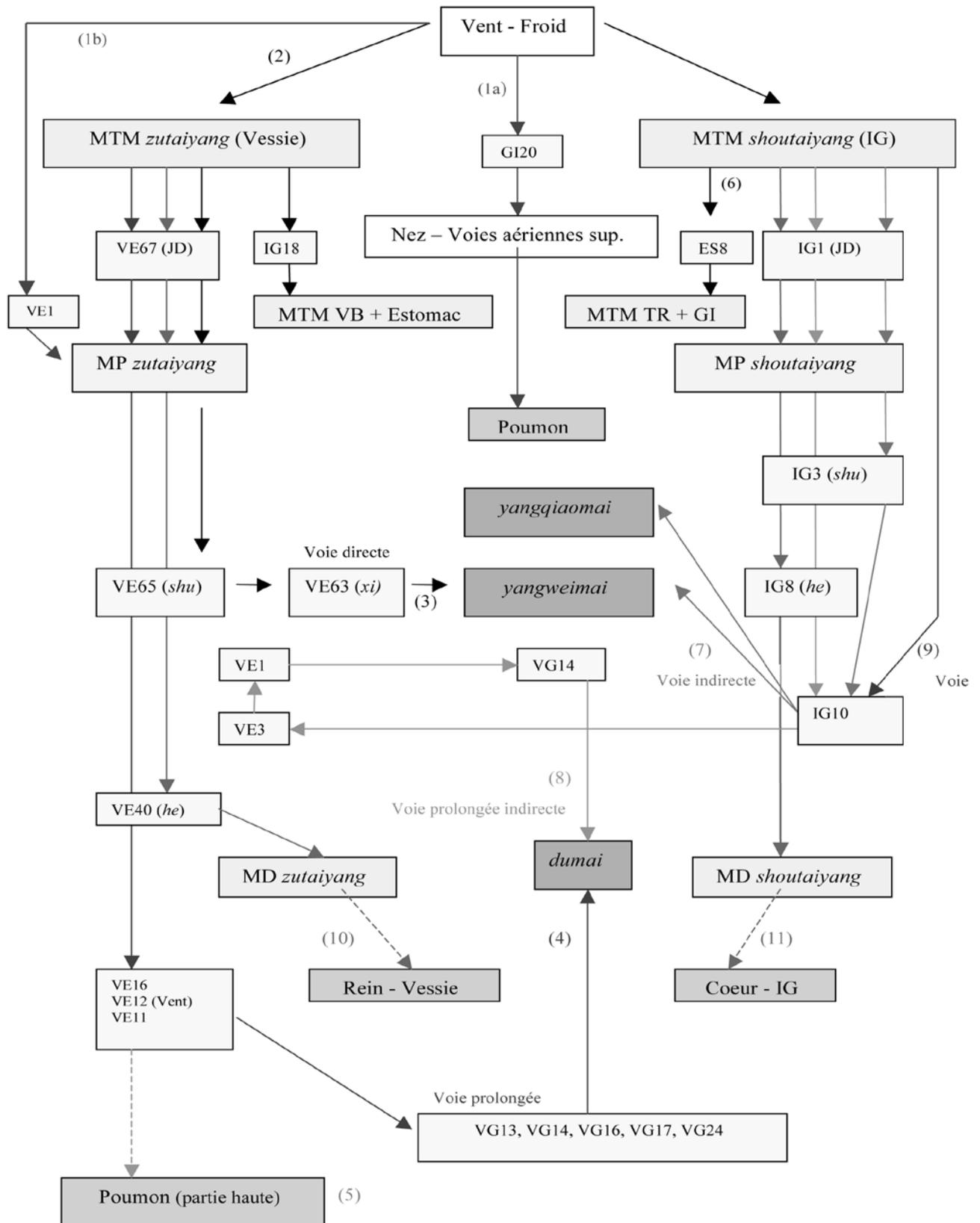
Traitement : la puncture d'IG1 (*shaoze*) élimine la chaleur et a des effets bénéfiques sur les orifices des sens. Il restaure la conscience et traite les tremblements de froid, fièvre et frissons avec absence de transpiration, les céphalées, les troubles de la vision, les manifestations ORL et les raideurs cervicales.

La puncture d'IG10 (*naoshu*) diminue la fièvre et des frissons.

Outre la puncture de TR5, point clef de *yangweimai* traité précédemment, on puncture V62 (*shenmai*), point clef de *yangqiaomai*, qui chasse le Vent externe, calme l'esprit et traite l'épilepsie hyperthermique. Il ouvre et stimule le méridien et soulage la douleur.

Cependant, le Vent-froid peut prendre la voie prolongée indirecte : passant par le point IG10 (*naoshu*), il

Tableau I. Mécanismes physiopathologiques et traitement de la grippe selon la MTC.



passer par les rameaux secondaires du *zutaiyang* (MP de la Vessie) au point VE36 (*chengfu*), puis VE11 (*dazhu*) et gagne le *dumai* (VG) dans lequel il se déverse au point VG14 (*dazhui*) (tableau I : voie 8).

Il peut aussi prendre la voie raccourcie en allant directement du MTM *taiyang* à un point d'union avec un méridien curieux, sans passer par les méridiens principaux. Par exemple, du MTM de l'IG, il pénètre directement dans le *yangqiaomai* par le point IG10 (*naoshu*) (tableau I : voie 9).

Par les points *he* des méridiens principaux de la vessie (VE40, *weizhong*) et IG (IG8, *xiaohai*), le Vent-froid peut être dévié vers les voies des méridiens distincts par l'énergie défensive (*weiqi*) pour limiter leur accès direct vers les *zangfu* correspondants (voie 10) et (voie 11). De là, si l'énergie défensive dans le méridien principal atteint n'est pas assez puissante, l'énergie perverse va gagner les *zangfu* correspondants (Rein, Vessie pour *zutaiyang* et Cœur, IG pour *shoutaiyang*), entraînant des complications à ces niveaux. Si l'énergie défensive (*weiqi*) dans le méridien principal atteint est assez puissante, l'énergie perverse sera déviée vers le méridien distinct (MD), d'où elle pourra gagner également les *zangfu*, mais l'atteinte sera moins grave et les manifestations pathologiques seront intermittentes, notamment l'aspect du « V grip-pal » la courbe thermique.

La sortie de l'énergie perverse des *zangfu* vers les MD crée un état de *Vide*, ce qui explique l'état asthénique important du malade pouvant se prolonger pendant plusieurs semaines, le temps que l'énergie orthodoxe (*zhengqi*) se reconstitue.

Au total, en suivant les différentes voies de pénétration du Vent-froid de la surface vers la profondeur, nous pouvons agir à plusieurs niveaux pour améliorer la sympto-

matologie, traiter la maladie et rétablir l'équilibre énergétique du corps.

Action sur	Points
Nez (voie aérienne)	GI20
Yeux (voie aérienne)	VE1
MTM de <i>zutaiyang</i> (voie cutanée)	IG18 + points <i>Ashi</i>
MTM de <i>shoutaiyang</i> (voie cutanée)	ES8 + points <i>Ashi</i>
MP <i>zutaiyang</i>	VE67 – VE10
MP <i>shoutaiyang</i>	IG1 – IG12
MP <i>shaoyang</i>	VB20 – TR17
Passage de <i>zutaiyang</i> à <i>yangweimai</i>	VE63
Passage de <i>shoutaiyang</i> à <i>yangweimai</i> et à <i>yangqiaomai</i>	IG10
<i>Yangweimai</i>	TR5
<i>Yangqiaomai</i>	VE62
<i>Dumai</i>	VG13 - VG14 – VG16 VG17 – VG24 – IG3
Poumon	VE11 – VE12 – VE13

Les points VB20, TR17, IG12, VG16, VE12 étant des points Vent, la pénétration directe de l'énergie perverse par ces points est possible.

Les points VG16 et VE10 sont des points Fenêtre du ciel. Ils sont particulièrement intéressants pour traiter les céphalées dues à un afflux (*jue*) de l'énergie vers le haut.



Dr Tran Tuan Anh
2 Rue Malraux, 25000 Besançon
☎ 03-81-41-00-06
✉ tuan.scarabee.bleu@gmail.com

Références :

1. Chamfrault A, Nguyen VN. L'énergétique humaine en médecine chinoise. Angoulême: Imprimerie de la Charente; 1969.
2. Deadman P, Al-Khafaji M. Manuel d'acupuncture Bruxelles: Satas; 2001.
3. Nguyen VN. Le chant du dragon de jade. Mensuel du médecin acupuncteur. 1981;85:565-71.
4. Tran TA. Le chant du dragon de jade. Hong Kong: Youfeng; 2009.

Charlotte Gay, Marie-Christine Desmartin, Marie-Hélène Montaigne et Jean-Marc Stéphan

Acupuncture en salle de naissance : étude préliminaire sur la direction du travail

Résumé : Cette étude rétrospective réalisée entre mai 2008 et septembre 2009 chez des patientes en salle de naissance a permis de montrer l'intérêt de l'acupuncture dans la direction du travail. Quels que soient la parité et le moment de la prise en charge, l'acupuncture précoce doit être préconisée plutôt que l'acupuncture tardive. Ces résultats préliminaires semblent montrer une efficacité de l'acupuncture associée à l'ocytocine par rapport à l'utilisation de l'ocytocine seule et demandent à être confirmés par un essai contrôlé randomisé.
Mots-clés : acupuncture-direction du travail-ocytocine-dilatation cervicale.

Summary: This retrospective study conducted between May 2008 and September 2009 among patients in the birthing room has shown the value of acupuncture in the management of labor. Whatever the gender and time of care, acupuncture should be recommended early rather than delayed acupuncture. These preliminary results suggest efficacy of acupuncture and oxytocin versus to the use of oxytocin alone and need to be confirmed by a randomized controlled trial. **Keywords:** acupuncture-Labor Management-oxytocin-cervical dilation.

En 2008, 5080 patientes (soit 5213 bébés) ont accouché à l'hôpital Jeanne de Flandre à Lille.

Sur l'ensemble de ces patientes, 589 séances d'acupuncture (toutes indications confondues) ont été pratiquées soit 11,5% des patientes.

Devant un tel pourcentage, nous avons voulu étudier l'effet de l'acupuncture pendant le travail.

Nous avons donné plusieurs axes à notre travail ; ce que nous appellerons une « enquête d'opinion » et une étude de dossiers.

L'enquête a été réalisée grâce à un questionnaire rempli par les sages-femmes, comportant trois points principaux :

- évaluation de la connaissance des patientes sur les traitements par acupuncture pendant le travail.
- évaluation de leur opinion sur l'effet de l'acupuncture.
- évaluation de l'opinion des sages-femmes sur l'action de l'acupuncture pendant le travail.

L'étude rétrospective de dossiers nous a permis d'évaluer l'action de l'acupuncture pendant la direction du travail.

Résultats de l'enquête

Notre population ayant bénéficié de l'acupuncture se compose de 38% de multipares et 62% de primipares. Si la majorité des patientes ne connaissait pas le possible recours à l'acupuncture pendant le travail, elles s'avèrent largement favorables au renouvellement du traitement.

Les 2/3 des sages-femmes ont trouvé un réel bénéfice au traitement par acupuncture. Notamment le jugeant très efficace dans 36% des cas.

Les patientes, quant à elles, sont encore plus satisfaites que les sages-femmes c'est-à-dire 82% d'opinions positives.

Notre étude

Notre évaluation de l'acupuncture pendant le travail est une étude rétrospective de dossiers entre mai 2008 et septembre 2009.

Il s'agissait de comparer l'utilisation du Syntocinon® (ocytocine) seul à l'utilisation du associé à l'acupuncture.

Bien sûr par son caractère rétrospectif notre étude comporte de nombreux biais, tels que la péridurale ou non (même si au moins 80% de nos patientes en bénéficient), la rupture ou non de la poche des eaux, l'utilisation des postures, le Syntocinon® : son débit et son augmentation, pour n'en citer que quelques uns.

Nous avons apparié nos populations selon la parité, le terme et le stade de dilatation.

Méthodologie

Nos groupes sont les suivants :

Syntocinon® exclusif, c'est-à-dire qu'il n'y a aucun autre traitement tel que les antispasmodiques

Syntocinon® + acupuncture : simultanément ou au maximum une heure après : désigné acupuncture précoce. Les principaux points utilisés alors sont GI4, RP6, F2, F3, VC4, E30, V60, V67, VB21.

Syntocinon® + acupuncture décalée de plus d'une heure : désigné acupuncture tardive.

Pour chacune des patientes, nous avons observé la progression de la dilatation d'au moins 1 cm une heure après l'intégralité du traitement et deux heures après dans le cas d'une prise en charge avant 5 cm.

Dans le groupe Syntocinon® seul, nous avons recensé 66 primipares et 74 multipares ayant accouché à un terme moyen de 39 semaines d'aménorrhée (SA) et trois jours et avec un travail spontané pour 79% d'entre elles.

Dans le groupe acupuncture précoce, nous avons recensé 90 primipares et 34 multipares ayant accouché à un terme moyen de 39SA et quatre jours et avec un travail spontané pour 74% d'entre elles.

Dans le groupe acupuncture tardive, nous avons recensé 76 primipares et 35 multipares ayant accouché à un terme moyen de 39SA et trois jours et avec un travail spontané pour 40% d'entre elles.

Si nos populations sont relativement comparables pour les critères de parité et de terme moyen, il n'en est pas de même pour le mode de début de travail. Nous reviendrons sur ce point particulier au cours de notre argumentation.

Résultats

À une heure pour les patientes prises en charge avant 5 cm

On note une progression de la dilatation pour 27 patientes soit 54% dans le groupe Syntocinon® seul.

Pour le groupe acupuncture précoce 43 patientes soit 69%, pour le groupe acupuncture tardive 16 patientes soit 47%.

Pour les primipares, on note une tendance vers l'efficacité ($P=0,0719$) avec l'acupuncture précoce par rapport au groupe Syntocinon® mais le P est supérieur à 5% donc non significatif (voir figure 1). Il faudrait confirmer par des ECR de haute qualité méthodologique.

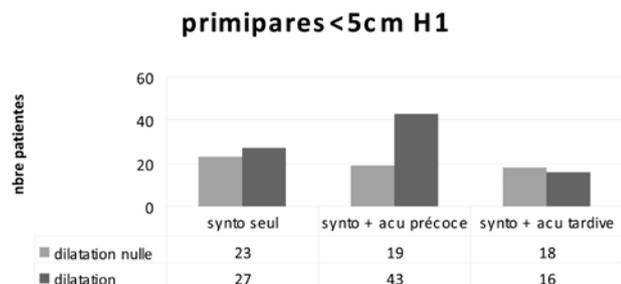


Figure 1. Progression de la dilatation à une heure chez les primipares prises en charge avant 5 cm de dilatation.

On note également une tendance plus forte à l'efficacité de l'acupuncture faite précocement par rapport à celle tardive notée par le test statistique du Chi-carré ($P=0,05392$ à 1 degré de liberté).

Chez les multipares, dans le groupe Syntocinon® seul, on note une progression pour 22 patientes soit 48%.

Pour le groupe acupuncture précoce, 14 patientes soit 56%.

Pour le groupe acupuncture tardive, 14 patientes soit 64%.

Chez les multipares, l'acupuncture précoce n'est pas plus efficace que le Syntocinon® seul.

Il ressort aussi que, quelle que soit la parité, nous avons plus d'échecs avec l'acupuncture tardive : 47% chez les primipares et 64% chez les multipares.

À 2 heures pour les patientes prises en charge avant 5 cm

Chez la primipare, l'acupuncture précoce est surtout efficace de manière statistiquement significative ($P=0,0027$) en comparaison à l'acupuncture tardive (figure 2), mais n'est pas plus efficace que le Syntocinon® seul ($P=0,2731$).

Chez la multipare, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre Syntocinon® et acupuncture précoce ($P=0,831$).

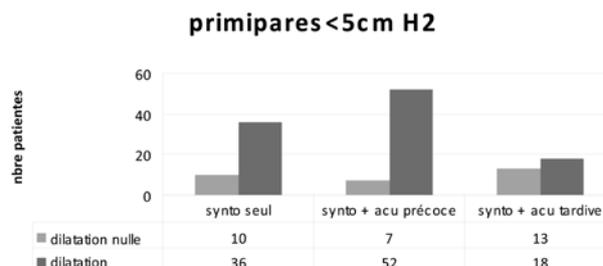


Figure 2. Chez la primipare, l'acupuncture est plus efficace précocement par rapport à l'acupuncture tardive, mais pas plus que l'ocytocine.

À une heure pour les patientes prises en charge après 5 cm

Pour les primipares, les réussites dans les groupes Syntocinon® seul et acupuncture précoce sont sensiblement égales : 88 et 78%. Par contre, on constate encore 38% d'échecs dans le groupe acupuncture tardive.

Chez les multipares, même tendance que chez les primipares, nous notons 89 et 100% de succès dans les groupes Syntocinon® seul et acupuncture précoce.

Et toujours des échecs plus importants (16%) dans le groupe acupuncture tardive.

En conclusion, il n'y a pas de différence statistiquement significative évalué par le test du Chi-carré entre l'acupuncture qu'elle soit précoce ou tardive et le Syntocinon® seul ($P=0,098$ à 2 degrés de liberté chez les primipares et $P=0,4854$ à 2 degrés de liberté chez les multipares) dès qu'elles sont prises en charge après 5 cm de dilatation. L'acupuncture ne donne pas de meilleurs résultats que le Syntocinon® (figure 3).

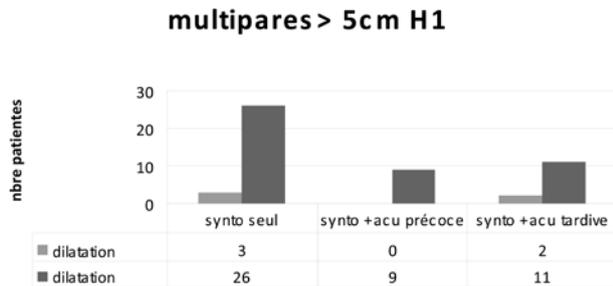


Figure 3. L'acupuncture est inefficace chez les multipares pour les patientes prises en charge après 5 cm de dilatation.

Les résultats obtenus dans la prise en charge après 5 cm pourraient s'expliquer par un choix de points d'acupuncture mal adaptés à la deuxième phase du travail. Dans le groupe acupuncture tardive, l'utilisation de l'acupuncture comme dernier recours explique sans doute le grand nombre d'échecs.

Une raison essentielle à ce recours tardif, la sage-femme en charge de la patiente n'est probablement pas diplômée en acupuncture. Le temps qu'elle fasse appel à une acupunctrice ou le temps que cette dernière soit disponible, il est déjà trop tard pour espérer inverser la tendance. Néanmoins ce genre de situation tend à se raréfier dans la mesure où l'équipe de sages-femmes diplômées en acupuncture est de plus en plus importante.

Conclusion

Quels que soient la parité et le moment de la prise en charge, l'acupuncture précoce doit être préconisée plutôt que l'acupuncture tardive. Ces résultats préliminaires semblent montrer une efficacité par rapport à l'utilisation du Syntocinon® seul mais cela demande la mise en place d'un essai contrôlé randomisé de haute qualité méthodologique et de grande puissance. De même l'utilisation de l'acupuncture tardive ne donne pas de bons résultats. Pour cela nous émettons deux hypothèses : la

première est le faible taux de travail spontané dans ce groupe : seulement 40% ; et la seconde : une situation très compromise au moment du traitement c'est-à-dire que la dystocie (plusieurs heures de dilatation stationnaire) est installée au moment de la séance d'acupuncture qui intervient comme ultime recours avant une éventuelle décision d'extraction foetale par césarienne.

Enfin pour terminer, on peut remarquer que les patientes ont une méconnaissance du possible recours à l'acupuncture en cours de travail. Néanmoins elles sont largement satisfaites d'avoir bénéficié de ce traitement, tout comme les sages-femmes (diplômées d'acupuncture ou non) qui l'apprécient de plus en plus. Ce large plébiscite, pressenti depuis quelques années, contribue à augmenter chaque année le nombre de sages-femmes de notre service inscrites en formation continue pour l'acupuncture.

Gageons aussi que ce travail préliminaire sera suivi d'un essai contrôlé randomisé dans notre service.



Charlotte Gay

✉ charlotte_gay@yahoo.fr

Sage-femme

Clinique d'obstétrique de l'hôpital Jeanne de Flandres, Lille

Chargée d'Enseignement à la Faculté de Médecine de Lille DIU Acupuncture obstétricale



Marie-Christine Desmartin

✉ desmartin@wanadoo.fr

Sage-femme

Clinique d'obstétrique de l'hôpital Jeanne de Flandres, Lille



D^r Marie-Hélène Montaigne

✉ montaignepaty@free.fr

Coordinatrice du DIU Acupuncture Obstétricale de Lille 2

Attachée à l'Hôpital Maternité Jeanne de Flandres Lille



D^r Jean-Marc Stéphan

✉ jm.stephan@acupuncture-medicale.org

Coordinateur du DIU Acupuncture Obstétricale de Lille 2

Monique Mingam

Prise du pouls et Rééquilibration Neuro-Végétative. Le Réflexe Oculo-Cardiaque du D^r Georges Grall

Résumé : L'auteur rapporte l'enseignement du D^r Georges Grall (†1985) dont elle a bénéficié entre 1976 et 1985. Evaluer le « Réflexe Oculo-Cardiaque » (ROC) selon le protocole précis du D^r Georges Grall permet de diagnostiquer une atteinte ou un déséquilibre du Système Neurovégétatif, sympathique et para-sympathique en cause dans de nombreuses pathologies. Deux points permettent de traiter rapidement ces déséquilibres, condition nécessaire à la guérison. **Mots clés :** système nerveux autonome - réflexe oculo-cardiaque - acupuncture.

Summary: Author relates D^r George Grall's († 1985) teachings she received between 1976 and 1985. Using "Ocular-Cardiac Reflex" (OCR) according to D^r George Grall's specific protocol is a powerful tool to diagnose injury or an imbalance in sympathetic and para-sympathetic autonomic system, implicated in many diseases. Two points can quickly treat these imbalances as a precondition to recovery. **Keywords:** autonomic nervous system - ocular cardiac reflex - acupuncture.

Rappel neurophysiologique

Le Système neurovégétatif ou Système Nerveux Autonome est en première ligne lorsque survient un stress: anxiété, tachycardie, sueurs... sont des signes de mise en branle du système sympathique, pour, dans un premier temps, «organiser la défense» et ou la fuite !

Le patient est alors en sympathicotomie voire en hyper-sympathicotomie.

Dans un deuxième temps si le stress se répète ou dure le patient arrive dans état d'épuisement et de fatigue voire de dépression correspondant à une prédominance du parasymphatique. C'est le stade de la vagotonie. Aussi «inconfortables» l'un que l'autre ces deux types de désordre sont accessibles à l'acupuncture à condition de bien savoir les diagnostiquer.

Historique

Le Réflexe Oculo-Cardiaque ou « ROC » a été découvert par le D^r Georges Grall (†1985), imprégné qu'il était par l'idée que l'interpénétration des techniques occidentales et extrême-orientales ne pouvait qu'être bénéfique à ses patients. C'est un outil fiable pour détecter un dysfonctionnement du système nerveux neurovégétatif qu'il a ainsi mis au point.

Cette « recherche appliquée » du ROC le D^r Grall l'a menée de 1937 à 1957. C'est en septembre 1957 qu'il

a présenté ses résultats, après avoir traité et évalué des milliers de cas, aux Troisièmes Journées Internationales de la Bourboule.

Malheureusement nous n'avons pas écrit de ces journées et c'est en 1976 par transmission orale, que j'ai eu la chance de recueillir son enseignement. Le D^r Grall aimait à dire, avec son sens pédagogique de l'image que nous avons deux systèmes nerveux: celui qui commande ...et celui qui nous commande !

Le 1^{er} est le S.N. somatique, responsable de la motricité volontaire et involontaire (posturale) et de la sensibilité extéro et proprioceptive.

Le 2^{ème} est au cœur du sujet d'aujourd'hui : c'est le SN autonome, ou neurovégétatif. Celui qui fait battre notre cœur plus vite en cas d'émotion ou de stress et fonctionner tous nos viscères. Il est responsable de la vasomotricité des sécrétions salivaires, lacrymales, de l'activité génito-sexuelle...

De nombreux troubles, en particulier fonctionnels, peuvent être dus à un dysfonctionnement de ce système nerveux neurovégétatif. Le ROC permet de détecter et d'analyser ce déséquilibre. La puncture des points d'acupuncture adéquats va permettre sa rééquilibration, et de répondre rapidement à la question suivante :

Le désordre neurovégétatif est-il la cause des troubles du patient ?

- Si oui : le ROC se normalise après la séance d'acupuncture et les troubles disparaissent.
- Si non : c'est l'inverse ! Le désordre neurovégétatif est secondaire à l'atteinte des organes, fonctionnelle ou lésionnelle, qu'il faudra traiter spécifiquement.

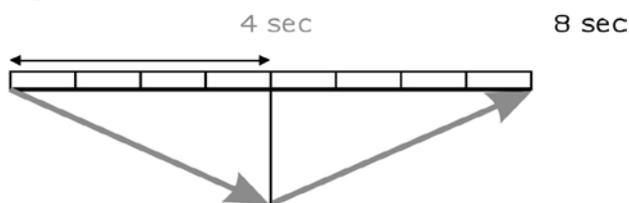
Protocole

La description précise du ROC a été conservée dans les cours photocopiés de l'ASMAF-EFA 1985-1986 [1]. La voici...

- Bien palper sous la pulpe des trois doigts (index, majeur, annulaire) tout un segment de l'artère radiale que l'on prend soin de ne pas écraser.
- Se concentrer sur la qualité des pulsations que l'on perçoit, et sur leur fréquence également.
- Appuyer légèrement (cela n'a rien à voir avec la recherche du réflexe vagal !) durant quatre secondes sur les globes oculaires à travers les paupières des yeux fermés : cette manœuvre ne doit jamais être désagréable pour le ou la patiente.
- Apprécier qualitativement et quantitativement (fréquence) les modifications des pouls pendant cette pression et ensuite, jusqu'au retour à l'état initial.

Normal

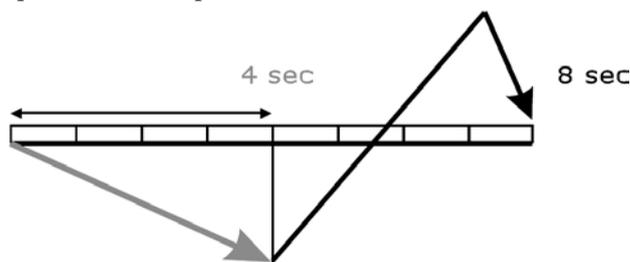
Normalement, durant les quatre secondes de pression des globes oculaires, les pulsations diminuent d'intensité (les pouls «s'affaissent» sous les doigts) et parfois de fréquence. Le retour à l'état de départ se fait progressivement dans les quatre secondes qui suivent l'arrêt de la pression.



Sympathicotonie

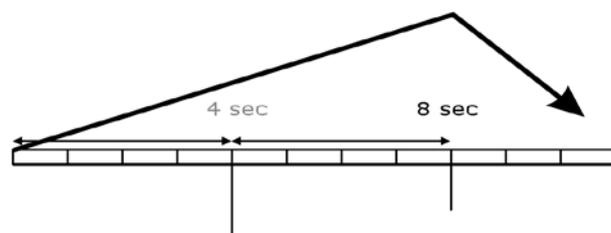
Durant les quatre secondes de pression des globes oculaires, les pulsations diminuent d'intensité (les pouls «s'affaissent» sous les doigts) et parfois de fréquence mais, en cas de sympathicotonie, le retour à l'état basal

se fait en moins de quatre secondes, brutalement, dès qu'on relâche la pression.



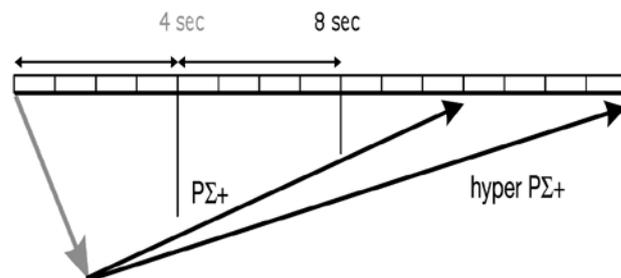
Hypersympathicotonie

En cas d'hypersympathicotonie, le réflexe est inverse : la pression renforce les pulsations et peut même les accélérer.



Parasympathicotonie (Vagotonie)

Dès le début de la pression oculaire le pouls diminue en rythme et en intensité (s'affaisse). En cas de vagotonie, le retour à l'état initial se fait en plus de quatre secondes; plus le temps est long, plus la vagotonie est importante.



Traitement du déséquilibre vago-sympathique

Points de base

Un trouble de l'équilibre « système sympathique – système parasympathique » ainsi diagnostiqué est très facilement traité par acupuncture grâce à la puncture de points du méridien du cœur : C3 - C7^{bis} (figure 1).

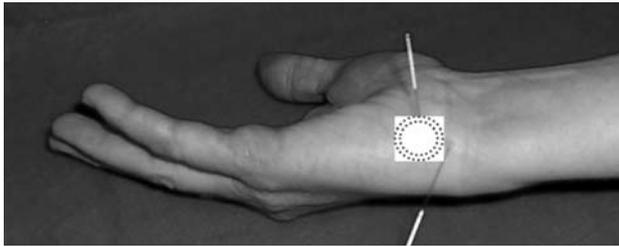


Figure 1. Localisation du point C7^{bis}

Ce point est très proche du C7. Il est placé à l'angle inféro-externe du pisiforme, légèrement en dessous du C7, sur la bissectrice de l'angle formé par le bord cubital du poignet et de la main, et le pli du poignet. Sa poncture durant 30 secondes permet le rééquilibrage du système nerveux neurovégétatif.

Points complémentaires

- C7, E36 en dispersion en cas de sympathicotonie
- C7, E36, V62 en dispersion en cas de hypersympathicotonie
- C7 en dispersion ; C3, E36 en tonification en cas de parasymphicotonie.

Hypothèses neurophysiologiques

Mais comment interpréter le ROC et le traitement du déséquilibre neurovégétatif au XXI^{ème} siècle (figure 2) ?

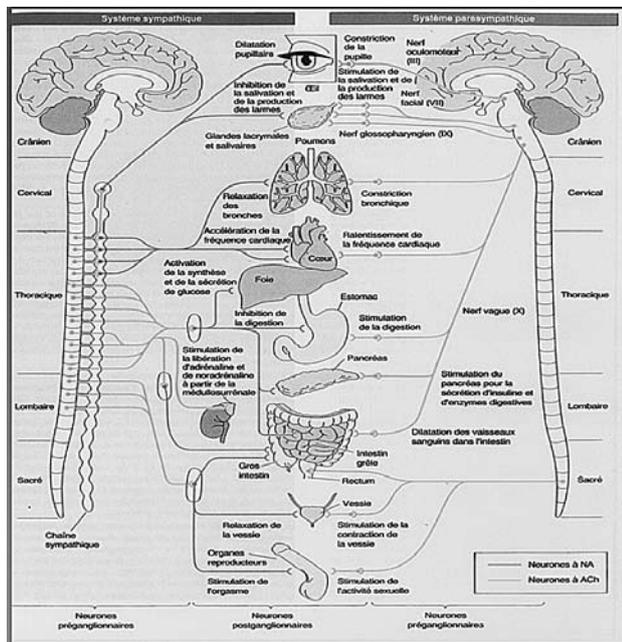


Figure 2. Interprétation du ROC. Retour au système vagosympathique.

Le ROC s'explique aisément :

La pression sur les globes oculaires entraîne une stimulation vagale, d'où le ralentissement provoqué du pouls et le retour à la normale après l'arrêt de cette stimulation.

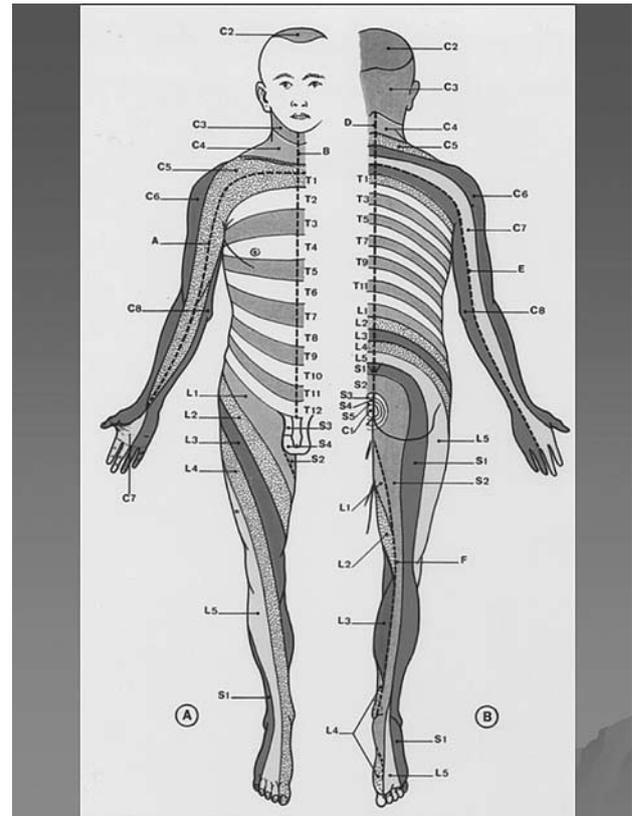


Figure 3. Les segments métamériques.

Quant au traitement, il est à l'échelon métamérique et périphérique ce que le RAC et l'auriculothérapie sont à l'échelon encéphalique, mésencéphalique et central (figure 3).

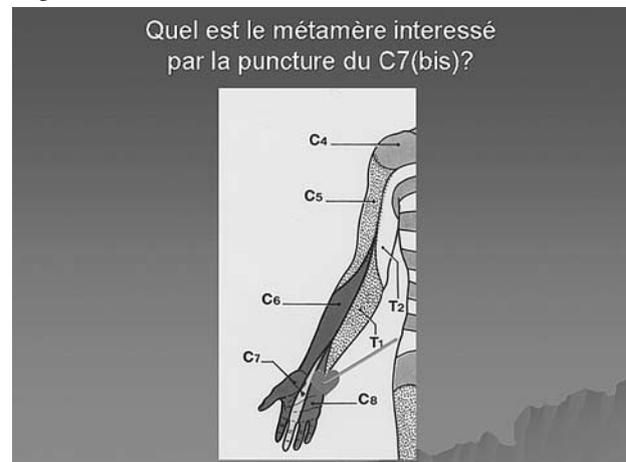


Figure 4. Métamère du C7^{bis}.

Lorsque l'on pique C7 bis, on stimule des fibres sensibles afférentes du dermatome C8 et / ou D1 (figure 4). Ce sont les fibres de fin calibre myéliniques A δ et amyéliniques (C) qui véhiculent la « sensation d'engourdissement » caractéristique de l'acupuncture et la sensation douloureuse. Ces messages arrivent à la corne dorsale postérieure de la moelle épinière au niveau des médullomères C8 et D1 d'où sont issues les fibres efférentes du S.N. neurovégétatif innervant plusieurs viscères dont le cœur.

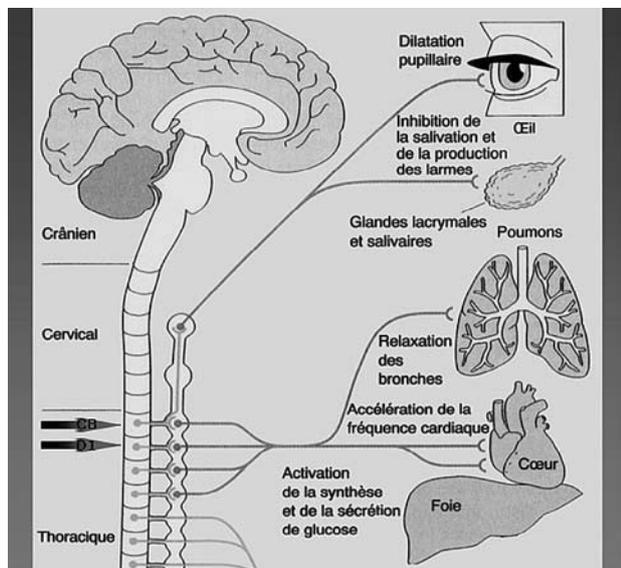


Figure 5. La boucle réflexe sympathique.

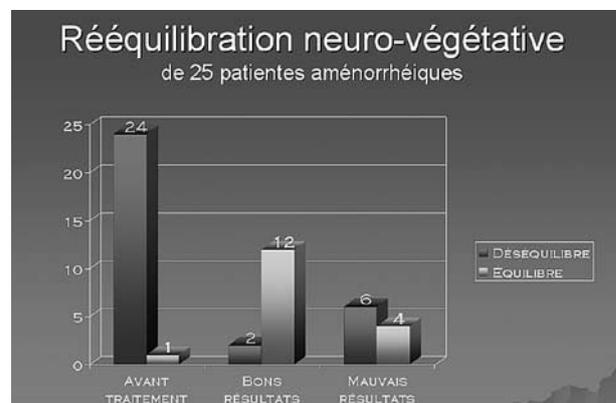
Il est probable qu'il existe une boucle réflexe sympathique expliquant la modification immédiate du pouls, la corne dorsale postérieure de la moelle (où arrivent les influx sensitifs) et la pars intermedio-lateralis (d'où partent les influx sympathiques moteurs) étant topographiquement proches. En choisissant intuitivement et empiriquement le C7^{bis} à la place du C7 «classique» il est probable que le D^r Grall ait choisi le champ récepteur optimal pour mettre en route la réponse réflexe médullaire du système cardio-vasculaire et la rééquilibration neurovégétative qui s'ensuit.

Expérimentation clinique

Les milliers de patients traités par le D^r Grall n'ont malheureusement pas fait l'objet d'une « publication scientifique ». La seule étude connue est celle réalisée par J.P. Bercovici (Service d'endocrinologie – CHU Brest) et moi-même. 25 patientes aménorrhéiques ont été traitées par acupuncture (tableau I) [2].

Tableau I. Profil général des 25 patientes aménorrhéiques et résultats de la rééquilibration neurovégétative.

Age moyen	24 ans
Ancienneté des troubles	4 ans 6 mois
Traitements médicamenteux antérieurs	22 cas
Antécédents d'anorexie mentale	9 cas
Aménorrhées hypothalamiques	7 cas profonds 11 cas moyens ou légers
Aménorrhées avec dystrophie ovarienne	3 cas profonds 4 cas moyens ou léger
Déséquilibre vago-sympathique	22 cas « sympathotonie » 2 cas « vagotonie »



Conclusion

Décrit il y a plus de 40 ans le ROC du D^r Georges Grall reste peu connu et donc peu utilisé. Le but de cet exposé est de montrer son importance et de le préserver de l'oubli : le ROC est plus que jamais d'actualité en ce début de siècle où neurophysiologie et neurosciences sont en plein essor.



D^r Monique Mingam
Praticien Hospitalier
Service de Rééducation Enfants,
Médecin Directeur du C.A.M.S.P.
Centre Hospitalier de Cornouaille
BP1757 - 29107 Quimper Cédex
✉ Monique.mingam@free.fr

Références

1. Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France et Ecole Française d'acupuncture (ASMAF-EFA). Cours polycopiés. Paris; 1985-1986.
2. Mingam M. Aménorrhées, acupuncture et neuro-modulation hypothalamo-hypophysaire : traitement de 25 femmes aménorrhéiques par acupuncture. Hypothèses neuro-physiologiques. *Acupuncture & Moxibustion*. 2008;7(3):215-220.

Yun-tao Ma

L'acupuncture biomédicale : un modèle factuel de l'acupuncture

Résumé : L'acupuncture biomédicale est une nouvelle approche s'appuyant sur la neuroanatomie et la neurophysiologie, elle se caractérise par une reproductibilité, une prédictibilité et une standardisation cliniques tout en conservant l'ensemble des bénéfices du modèle classique de l'acupuncture. Le modèle de l'acupuncture biomédicale s'appuie sur la recherche biomédicale et des résultats cliniques collectés sur plus de 40 ans. Ce modèle inclut le système intégratif des points d'acupuncture neuromusculaires, une méthode d'évaluation quantitative qui permet d'établir un pronostic du traitement par acupuncture, ainsi qu'un protocole de traitement standard mais individualisable pour la plupart des patients. Ce modèle est décrit ci-dessous et deux cas cliniques seront également présentés pour illustrer le protocole de traitement et ses résultats. **Mots clés :** Acupuncture Biomédicale, acupuncture médicale, physiologie des points d'acupuncture, séquence des points d'acupuncture, méthode quantitative, prise en charge de la douleur.

Summary: The Biomedical Acupuncture Model is a novel approach defined by neuroanatomy and neurophysiology and characterized by clinical reproducibility, predictability and standardization while still maintaining all the benefits of the Classical Acupuncture Model. The Biomedical Acupuncture Model is based on biomedical research and clinical evidence collected over the past 40 years. This model includes the Integrative Neuromuscular Acupoint System, a quantitative evaluation method to predict prognosis of acupuncture treatment, and a standard yet individualized treatment protocol for most patients. This model is described herein and 2 cases are presented to illustrate the treatment protocol and result. **Keywords:** Biomedical Acupuncture, medical acupuncture, acupoint physiology, acupoint sequence, quantitative method, pain management.

Introduction

Le modèle de l'Acupuncture Biomédicale prend son origine dans le modèle empirique traditionnel mais est totalement actualisé par les données scientifiques, dont la neuroanatomie, la physiologie et les mécanismes moléculaires de la douleur, issus des recherches mondiales appliquées à l'acupuncture de ces quarante dernières années, auxquelles s'ajoutent trois décades de notre propre expérience clinique.

Notre formation dans les domaines des neurosciences, de la médecine, de la prise en charge de la douleur et de l'acupuncture, ainsi que notre accès direct à la littérature clinique et scientifique tant anglaise que chinoise, ont abouti à une approche inter-disciplinaire et inter-culturelle qui a contribué à la création du modèle de l'Acupuncture Biomédicale.

Le modèle de l'acupuncture biomédicale peut aider les médecins à mieux comprendre et intégrer l'acupuncture comme une thérapie supplémentaire ou complémentaire sans passer par le processus complexe et lent d'apprentissage de l'acupuncture traditionnelle.

Le modèle de l'Acupuncture Biomédicale (MAB) s'appuie sur des concepts médicaux comme l'anatomie et

la physiologie humaine tels qu'ils sont enseignés dans les institutions médicales du monde entier et étayés par les expériences et les preuves cliniques. Il véhicule une puissance explicative, permet une résolution des problèmes et une prédictibilité bien supérieures au modèle basé sur les méridiens. Ses possibilités peuvent être testées cliniquement par n'importe quel praticien. Ses caractéristiques cliniques incluent reproductibilité, prédictibilité et procédures standardisées. Ce nouveau modèle conserve tous les bienfaits de l'acupuncture classique basée sur le système des méridiens.

Développement du modèle de l'Acupuncture Biomédicale

Pendant des siècles, le modèle des méridiens a été présenté comme la pierre angulaire de l'acupuncture traditionnelle. Ce modèle basé sur les méridiens est depuis peu fortement remis en question par la pratique médicale moderne, notamment dans les sociétés occidentales. En particulier, les résultats d'une recherche unique conduite par le Prof. Huang Long-xiang, vice président de l'Acupuncture Institute of China et membre de l'Académie Chinoise des Sciences Médicales à Pékin, vient mettre en doute le concept même de méridien.

Depuis 1983, Le professeur Huang a étudié toute la littérature ancienne consacrée à l'acupuncture, depuis les reliques archéologiques jusqu'aux manuscrits de la dynastie Qing. S'appuyant sur ces recherches, le professeur Huang arrive aux conclusions suivantes [2] :

Le concept traditionnel de "Vaisseau/Méridien" n'est que le reflet de la connaissance médicale des anciens docteurs qui ont tenté d'expliquer par ce biais les interrelations entre les parties superficielles du corps, et les liens unissant superficie et organes internes.

Pendant plusieurs siècles, les preuves cliniques qui venaient contredire la théorie traditionnelle de la médecine chinoise ont souvent été délibérément ignorées pour assurer la continuité du système explicatif classique, ce qui revient, comme disent les chinois, à « couper le pied pour mettre la chaussure ».

Le concept de "Vaisseau/méridien" a rempli avec succès sa mission historique qui était de préserver et développer l'acupuncture. Néanmoins, sous sa forme actuelle de 14 lignes rigides, le concept est devenu un goulot d'étranglement qui compromet tout développement supplémentaire de la médecine acupuncturale au 21^{ème} siècle.

Les découvertes du professeur Huang apportent un éclairage important et un crédit supplémentaire au fait que l'exceptionnelle longévité de l'acupuncture repose, non pas sur le concept de méridien, mais sur les mécanismes biologiques et thérapeutiques, immuables, qui sous-tendent l'acupuncture.

Éléments physiologiques nécessaires à la compréhension du modèle de l'Acupuncture biomédicale : la nature non spécifique de l'acupuncture

On n'insistera jamais suffisamment sur l'importance de la nature non spécifique de l'acupuncture lorsqu'on apprend et pratique cette dernière. La poncture crée une micro-lésion histologique au sein des tissus mous. Cette lésion induite par la poncture stimule les mécanismes neuro-immuno-endocriniens centraux et périphériques, ainsi que les mécanismes physiologiques musculaires, pour normaliser l'homéostasie et promou-

voir l'auto-guérison. Ce processus constitue un mécanisme corporel intégré de survie biologique. Un autre mécanisme non spécifique mis en jeu par la poncture des tissus mous, est le relâchement des structures en raccourcissement, comme les muscles, les tendons, les ligaments et les fascias, par le biais de réflexes neuro-naux tels que les réflexes somato-sympathique et viscéro-cutanés.

Ainsi, l'efficacité non pharmacologique de l'acupuncture dépend de la combinaison de deux facteurs : (1) la capacité d'auto-guérison de chaque patient et (2) la réversibilité d'une condition pathologique particulière (et non liée au type de pathologie proprement dite). Il est important de noter que bien que les mécanismes de l'acupuncture ne soient pas spécifiques, la sélection de certains points d'acupuncture neuromusculaires spécifiques, comme par exemple des points d'acupuncture en relation directe avec le symptôme (points symptomatiques), définit et améliore la spécificité des traitements par acupuncture.

Mécanismes médullaires et concepts des points d'acupuncture selon le modèle de l'Acupuncture Biomédicale

Points d'acupuncture homéostatiques (PAHs) et leur signification clinique

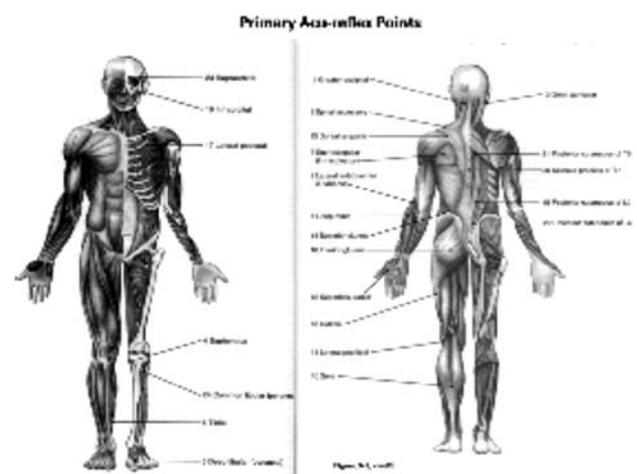


Figure 1. Les points d'acupuncture homéostatiques.

Les changements neuroplastiques (sensibilisation centrale) au sein de la moelle altèrent la sensibilité nociceptive des nerfs périphériques sensitifs. La sensibilisation

des nerfs sensitifs périphériques se traduit par l'apparition de points sensibles (tender points) cachés au sein de certaines structures anatomiques réparties sur l'ensemble du corps. L'apparition de ces tender points au sein de l'organisme obéit à deux schémas physiologiques importants : (1) ils apparaissent toujours dans des localisations anatomiques spécifiques et leur survenue est systémique et symétrique, et (2) l'ordre d'apparition de ces points se fait selon une séquence préétablie. En médecine acupuncturale, nous définissons ces points sensibles cachés comme des points d'acupuncture homéostatiques (figure 1). Ces points homéostatiques deviennent sensibles par le biais de la sensibilisation centrale, mais sont associés périphériquement à certaines structures anatomiques. De façon intéressante, les points homéostatiques qui sont sensibilisés en premier, comme par exemple les points du rameau profond du nerf radial ou ceux du nerf saphène, se réfèrent tous soit aux métamères cervicaux ou lombaires. L'expérience clinique montre que les gens en bonne santé présentent moins de points homéostatiques sensibilisés que les patients en moins bonne condition physique et que le nombre de points homéostatiques sensibilisés augmente si la santé se dégrade. La sensibilisation des points homéostatiques est donc le reflet de la sensibilisation centrale.

Les expériences cliniques démontrent qu'il y a une relation avérée entre la quantité de points homéostatiques sensibilisés et la capacité de guérison de l'organisme. Plus un patient présentera de points homéostatiques sensibilisés, moins celui-ci sera réceptif aux traitements médicaux, qu'il s'agisse d'acupuncture, de médicaments ou de chirurgie. Le nombre de points homéostatiques sensibilisés peut donc servir de paramètre quantitatif permettant de poser un pronostic quant à la réponse du patient au traitement par acupuncture.

Points d'acupuncture symptomatiques (PASs)

Cliniquement, tout symptôme, interne ou externe, transformera les fibres nerveuses sensibles en tender points. Ces tender points apparaîtront localement ou en relation avec le métamère concerné, ces points se définissent comme des points d'acupuncture sympto-

matiques. L'apparition des points d'acupuncture symptomatiques est fonction d'une pathologie donnée. Par exemple, une lombalgie non spécifique et une néphrite peuvent s'exprimer par l'apparition de points sensibles similaires au niveau de la région lombaire. La puncture de ces points aidera à soulager la douleur lombaire et améliorera l'évolution de la névralgie. A noter que les points homéostatiques peuvent également devenir des points symptomatiques.

Les points d'acupuncture paravertébraux (PAPs)

PASs et PAHs sont tous localisés en regard de nerfs périphériques issus du rameau antérieur des nerfs spinaux [3]. La sensibilisation des PASs et/ou des PAHs peut se propager aux terminaisons nerveuses segmentaires correspondantes des rameaux postérieurs et provoquer l'apparition de points sensibles en regard de la colonne vertébrale. Ces points sont appelés points d'acupuncture paravertébraux (PAPs).

Cliniquement, la désensibilisation (puncture) des PASs et des PAHs doit s'accompagner de la désensibilisation des points paravertébraux (PAPs) correspondants pour normaliser la radiculopathie segmentaire.

Les points d'acupuncture présentent trois bases physiologiques

Les nerfs périphériques sensitifs sont une composante essentielle de tous les points d'acupuncture. Un même point d'acupuncture peut être sensibilisé chez une personne et totalement silencieux chez une autre. Cette donnée indique que la sensibilisation des points d'acupuncture obéit à un phénomène physiologique dynamique. Un point d'acupuncture peut présenter trois états distincts : il peut être latent, passif, actif. Un point d'acupuncture est latent si ses rameaux sensitifs ne sont ni sensibilisés ni douloureux. Un point d'acupuncture passif a un seuil d'excitabilité abaissé par rapport à celui d'un point d'acupuncture latent, il n'est sensible ou douloureux qu'à la palpation sous une pression forte. Les points d'acupuncture actifs sont douloureux en l'absence même de palpation. Une pathologie peut rendre des points latents passifs ou actifs, mais ces états sont réversibles si la pathologie est traitée. Des chan-

gements physiologiques dans le microenvironnement des points sensibilisés ont récemment été mis en évidence [4] (tableau I).

Table I : Comparaison quantitative entre les substances algogènes recueillies par microdialyse au niveau de trois points gâchettes myofasciaux activés et des échantillons recueillis au niveau de trois points gâchette latents et trois sites de contrôle.

Mesures	Points gâchette actifs comparés à des points gâchette latents et des régions musculaires normales
Pression déclenchant la douleur	↓
pH	↓
Calcitonin Gene-Related Peptide [CGRP]	↑
Bradykinine	↑
Sérotonine	↑
Norépinéphrine	↑
Facteur de nécrose tumorale [TNF- α]	↑
Interleukine [IL-1 β]	↑

Propriétés physiques des points d'acupuncture

En plus de sa capacité à changer d'état, un point d'acupuncture passif ou actif est susceptible de changer de taille. Quand un point latent devient passif ou actif, la zone sensible correspondante s'élargit. Au niveau des membres, la zone sensibilisée se développe généralement au regard des troncs nerveux tels que le nerf radial ou le nerf saphène. Au niveau du visage ou du tronc, les sites douloureux vont sensibiliser les nerfs avoisinants dans toutes les directions.

Mise en application clinique du modèle de l'acupuncture biomédicale

La découverte de la séquence d'activation des points d'acupuncture homéostatiques permet la mise en place d'un système physiologique de points d'acupuncture basé sur l'anatomie. Nous appelons ce système, Système Intégratif des Points d'Acupuncture NeuroMusculaires (SIPANM). Ce système fournit une information quantitative sur la capacité d'auto-guérison d'un individu donné et permet d'établir un pronostic des résultats

thérapeutiques et de formuler un protocole de traitement standard mais adaptable à chaque individu.

Ce protocole met en jeu les trois types de points d'acupuncture :

Standard — Points d'acupuncture homéostatiques (PAHs)
 Individuel $\left\{ \begin{array}{l} \text{Points d'acupuncture symptomatiques (PASs)} \\ \text{Points d'acupuncture paravertébraux (PAPs)} \end{array} \right.$

Le système intégratif des points d'acupuncture neuromusculaires (SIPANM) se conforme aux critères cliniques de reproductibilité, prédictibilité, quantification et standardisation.

Classification des patients selon leur réponse potentielle au traitement par acupuncture

L'évaluation du patient permet de déterminer à quelle vitesse celui-ci répondra aux traitements. Par exemple, si deux personnes présentent la même pathologie, celui qui présentera le moins de points homéostatiques sensibilisés récupèrera plus vite, celui qui présente plus de points homéostatiques sensibilisés aura besoin de davantage de traitements. Cliniquement, nous classifions les patients en 4 groupes A, B, C et D en fonction du nombre de points homéostatiques sensibilisés (table II). Les expériences démontrent que l'utilisation de notre méthode d'évaluation et l'application de notre protocole de traitement permettent d'établir la relation suivante entre l'évaluation du patient et l'établissement d'un pronostic :

Table II. Evaluation du patient.

Classification	A	B	C	D
Nombre de PAHs passifs que présente l'organisme	< 24	24 - 50	51 - 80	> 80
Pourcentage de la population des patients (%)	28%	34%	30%	8%
Nombre moyen de traitements requis pour un soulagement de la douleur	4 - 8	8 - 16	16 - 32	> 32
Durée de rémission avant réapparition de la même douleur	Années	Mois à années	Semaines à mois	Jours à semaines

Etant donné que les points homéostatiques sont sensibilisés selon une séquence et des localisations prédictibles, la palpation de quelques points d'acupuncture

fournit suffisamment d'informations pour permettre une classification des patients. Cliniquement, nous classifions les patients en réalisant la palpation de deux points symétriques, situés le long du nerf radial profond (PAH 1) et du nerf saphène (PAH 4). Cette procédure prend usuellement 3 à 5 minutes. Des données récentes cliniques indiquent qu'une douleur généralisée (patients du groupe D) sont fortement corrélés au cancer du sein, de la prostate, du gros intestin et du poumon. La mortalité est accrue chez les patients présentant des douleurs généralisées [5].

Puissance prédictive du modèle de l'acupuncture biomédicale

La puissance prédictive d'un modèle scientifique est une indication sûre de la fiabilité d'une théorie. Notre modèle biomédical de l'acupuncture anti-douleur fournit une puissance prédictive fiable dans le traitement des douleurs des tissus mous et s'appuie sur les mécanismes de puncture non spécifiques suivants : la puncture et les lésions qu'elle induit activent directement une réaction anti-inflammatoire locale qui accélère la résorption de l'inflammation et la régénération tissulaire. L'inflammation d'une zone limitée demandera moins de traitements qu'une zone plus largement sensibilisée. La puncture relâche les tissus mous en raccourcissement par le biais d'une stimulation physique et physiologique empruntant les voies réflexes neurales telles que les réflexes somatosympathique et viscéro-cutanés.

Conclusion

Nous avons introduit les concepts de bases de l'acupuncture biomédicale et du système intégratif des points d'acupuncture neuromusculaires (SIPANM) ainsi que leurs applications cliniques. Tous ces concepts et techniques ont été développés sur plusieurs décades et ont été mises en application dans le cadre de notre pratique clinique sur la même période. Il s'agit de faits empiriques, cliniquement fiables, et nous avons l'intention de mettre au point les procédures scientifiques pour mettre à l'épreuve notre modèle d'acupuncture biomédical.

Pour plus d'informations, vous pouvez vous référer à notre ouvrage *Biomedical Acupuncture for Pain Management: An Integrative Approach*, Elsevier, 2005 [1].

Cas cliniques

Cas 1 : patient du groupe A

BJ, homme de 65 ans, non sédentaire, cadre hospitalier. Deux mois avant consultation à notre clinique, il a commencé à souffrir de lombalgie et de douleur aiguë au niveau du talon du pied gauche. Son médecin traitant n'a décelé aucune anomalie rachidienne.

BJ est un homme en bonne santé ne présentant que très peu de points sensibilisés sur le corps. L'évaluation quantitative de ces points place le patient dans la catégorie A. La palpation révèle plusieurs points sensibles sur le côté droit de la nuque et quelques rares points homéostatiques sensibilisés au niveau lombaire gauche : PAH 14, PAH 15 ; ainsi que les points PAH 19, 10 et 11 sur le membre inférieur. Le pronostic fut établi : 4 à 6 traitements d'acupuncture seraient nécessaires.

Le protocole de traitement incluait la puncture des points homéostatiques de la nuque, des épaules, de la partie basse des lombes et des membres inférieurs, ainsi que des points symptomatiques au niveau de la région sacrée (dans ce cas précis les points symptomatiques correspondaient à des points paravertébraux). Les sessions de traitement ont eu lieu tous les 4 jours. Dès le deuxième traitement, le patient a ressenti une amélioration réelle de ses symptômes, la douleur au talon avait disparu. Après quatre traitements, la douleur avait totalement disparu et le traitement prit fin. Le patient n'a pas expérimenté de douleur similaire dans les deux années qui ont suivi.

Cas 2 : patiente du groupe C

MM, 52 ans, femme d'affaire accomplie, ayant subi plusieurs accidents de la route. L'ensemble de son corps était faible et elle ne pouvait s'allonger sur le ventre plus de 10mn. Elle se plaignait de douleurs insupportables au niveau des cervicales, ainsi qu'au niveau des hanches et la cuisse droite (bandelette ilio-tibiale). Elle a eu par le passé trois infiltrations de stéroïdes infructueuses.

Cette femme présentait plusieurs facteurs aggravants : douleurs chroniques des cervicales, arthrite de hanche et vie sédentaire. Il lui avait été recommandé un traitement chirurgical pour les douleurs cervicales.

L'évaluation quantitative permit de classer MM dans le groupe C. En prenant également en compte ses antécédents médicaux, le pronostic établit que plus de 16 traitements seraient nécessaires.

Plan de traitement : la fréquence des traitements était de deux par semaine. Etant donné que la patiente ne pouvait maintenir la position allongée sur le ventre que sur une très courte période, seuls les points homéostatiques de la nuque et les points symptomatiques et paravertébraux de C2 à D7 furent utilisés lors des premiers traitements. Après six séances, la douleur s'était atténuée et la patiente était capable de rester sur le ventre plus longtemps. A partir du 7^{me} traitement, les points homéostatiques de la nuque, des épaules, des lombes et des membres inférieurs furent utilisés. Dans ce cas particulier, les points homéostatiques PAH 15 et 22 fonctionnent comme des points paravertébraux le long de la colonne lombaire. Après deux mois de traitement, MM ne ressentait plus qu'une légère douleur au niveau des cervicales, hanches et cuisse, elle commença à marcher au moins 40 mn par jour. Après trois mois de traitement, la douleur cervicale

avait totalement disparu et elle ne ressentait plus que des douleurs occasionnelles dans les hanches et la cuisse. Dans les trois années qui ont suivi, elle revenait une fois par mois pour un traitement d'entretien.



Dr Yun-tao Ma
Ph.D
Biomedical Acupuncture Institute,
Boulder, Colorado, USA
www.biomedacupuncture.com
✉ BMAI@BioMedAcupuncture.

Références

1. Ma YT, Ma M and Cho ZH. Biomedical acupuncture for pain management: an integrative approach, St. Louis: Elsevier; 2005.
2. Huang LX. Zhong Guo Zhen Jiu Xue Shu Shi Da Gang (The historical development of acupuncture). Beijing, Huaxia Chubanshe; 2001.
3. Dung HC, Anatomical Acupuncture, Antarctic Press, San Antonio, Texas, USA. 1997, Chapter 6, p.79-124.
4. Simons DG. New aspects of myofascial trigger points: Etiological and clinical. In: Pongratz DE, Mense S, Spaeth M. Soft Tissue Pain Syndromes Clinical Diagnosis and Pathogenesis. NY: Binghamton; 2004. p.15-22.
5. Bennett RM. Three years later: Presidential address to myopain '04. In: Pongratz DE, Mense S, Spaeth M. Soft Tissue Pain Syndromes Clinical Diagnosis and Pathogenesis. NY: Binghamton; , 2004. p.1-12.



Evaluation de l'acupuncture

Méta-analyse : l'acupuncture est supérieure à l'acupuncture factice dans le traitement de la douleur post-opératoire

Olivier Goret, Johan Nguyen

Sun Y, Gan JT, Dubosc JW, Habib AS. **Acupuncture and related techniques for postoperative pain: a systematic review of randomized controlled trials.** *Br J Anaesth.* 2008;101(2):151-60.

Résumé

Objectif

Evaluer l'intérêt de l'acupuncture dans la prise en charge des douleurs post-opératoires.

Méthode

Revue systématique et méta-analyse.

Sources des données

Recherche sur les bases de données Medline, CINAHL, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Scopus (actualisation octobre 2007).

Critères d'inclusion des études

Sont inclus les essais : 1) contrôlés et randomisés, 2) étudiant la prise en charge post-opératoire de la douleur chez l'adulte (> 18 ans), 3) comparant l'acupuncture à une fausse acupuncture, 4) évaluant la consommation d'analgésique et/ou le score de la douleur (EVA), et/

ou l'apparition d'effets secondaires aux analgésiques opioïdes.

Méthode d'analyse des études

De façon indépendante, deux évaluateurs : 1) déterminent l'éligibilité de l'étude, 2) analysent la qualité méthodologique (score d'Oxford modifié), 3) regroupent les données, 4) sollicitent les données manquantes ou inappropriées auprès des auteurs des essais.

Résultats.

Méta-analyse sur les patients randomisés. 10 essais regroupant 707 patients sont inclus. 1) L'acupuncture réduit significativement la consommation d'analgésique opioïdes à 8 h : 3 essais : différence moyenne pondérée (WMD) : -3,14 mg (IC 95% : -5,15, -1,14), à 24 h : 8 essais : WMD -8,33 mg (IC 95% : -11,06, -5,61) et à

72 h : 3 essais : WMD -9,14 mg (IC 95% : -16,07, -2,22). 2) L'acupuncture réduit significativement le score de la douleur à 8 heures : 3 essais : WMD -14,57 mm (IC 95% : -23,02, -6,13) et à 72 heures : 3 essais : WMD -9,75 mm (IC 95% : -13,82, -5,68). 3) L'acupuncture réduit significativement l'incidence des effets secondaires dus aux opiacés ; nausées : risque relatif (RR) : 0,67 (IC 95% : 0,53, 0,86), vertiges : RR : 0,65 (IC 95% : 0,52, 0,81), somnolence : RR : 0,78 (IC 95% : 0,61, 0,99), prurit : RR : 0,75 (IC 95% : 0,59, 0,96), et rétention urinaire : RR : 0,29 (IC 95% : 0,12, 0,74).

Conclusion

L'acupuncture apparaît utile dans la prise en charge de la douleur en post-opératoire.

Commentaires

Dans le précédent numéro d'Acupuncture & Moxibustion, nous avons présenté une évaluation de l'acupuncture auriculaire sur la douleur post-opératoire [1]. La méta-analyse présentée réalise une synthèse des données dans cette indication. La gestion de la douleur post-opératoire reste un problème majeur : 86%

des patients après chirurgie rapportent une douleur moyenne, sévère ou insupportable [2]. Une étude canadienne portant sur 5703 patients montre que 30% des patients ont une douleur sévère 24 heures après l'opération [3]. Les analgésiques opioïdes sont efficaces, mais occasionnent de nombreux effets secondaires tels que

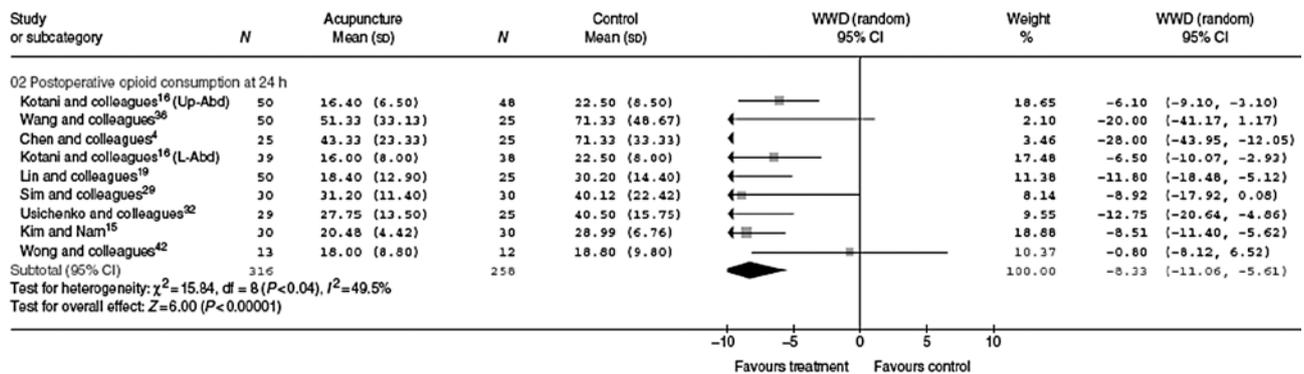


Figure 1. Consommation d'opioïdes à 24 heures (en mg de morphine équivalent). Ce paramètre avec 8 études (sur 10) est celui qui réunit le plus d'essais et de patients (574 patients). Chaque étude est présentée en ligne avec pour chacun des 2 groupes (acupuncture ou contrôle) l'effectif (N) et la consommation moyenne en mg de morphine équivalent avec son écart-type (SD). La comparaison entre les groupes est réalisée au moyen de la différence moyenne pondérée (WMD). Le trait vertical correspondant à la valeur 0 (aucune différence entre les groupes) matérialise le seuil de non-efficacité. L'effet global est matérialisé par le diamant [8].

nausées, vomissements, vertiges, somnolence, prurit, rétention urinaire et constipation pouvant retarder la récupération post-opératoire [4]. L'acupuncture dans ce contexte peut présenter un intérêt.

Les résultats

La méta-analyse inclut dix essais regroupant 707 patients. Elle est positive sur les trois critères évalués : consommation d'opioïde, douleur et effets secondaires. La baisse de la consommation d'opioïdes est significative et quantifiée : baisse de 21% à 8 heures, 23% à 24 heures (figure 1) et 29% à 72h. Il apparaît une différence significative entre les deux groupes sur le score de la douleur à 8 et 72 heures, mais cette comparaison n'inclut que trois études. Par contre, à 24 heures, huit études sont incluses sans montrer de différence entre les groupes. L'absence de différence rapportée sur la douleur, associée à une diminution de la consommation d'opioïdes correspond à un réel effet analgésique de l'acupuncture. C'est ce que nous avons observé dans l'analyse de l'essai d'Usichenko [1,5]. L'acupuncture a un effet d'épargne opioïde avec une traduction clinique significative de part la diminution des effets secondaires. Cette diminution est à relier à la baisse de leur consommation et éventuellement à une action directe de l'acupuncture. Ceci est d'autant plus important que les patients placent sur un même plan dans la prise en charge post-opératoire, le contrôle de la douleur et

le contrôle des effets secondaires [6]. Rappelons que l'acupuncture a fait la preuve de son efficacité dans la prévention des nausées et vomissements post-opératoires [7].

La qualité méthodologique

Les auteurs évaluent la qualité méthodologique à partir de l'échelle d'Oxford modifiée (modified Oxford Scale) à 7 points. Cette échelle est issue de l'échelle de Jadad à 5 points (appelée également échelle d'Oxford) [9]. Par rapport à cette échelle, un autre item est analysé, celui de l'affectation cachée (concealment allocation). Dans la méta-analyse, sept essais sur dix sont classés de haute qualité méthodologique (score ≥ 4). L'inclusion des seuls essais de haute qualité ne modifie pas les résultats ; ceux-ci apparaissent ainsi solides.

Les protocoles d'acupuncture

Les protocoles des dix essais sont rapportés dans le tableau I.

Points. La majorité des essais porte sur des interventions de chirurgie abdominale (6 essais). Les autres portent sur le genou, la hanche, la chirurgie maxillo-faciale, hémorroïdaire ou thoracique. La localisation de l'intervention conditionne naturellement le choix des points, ce qui explique que les points les plus fréquemment utilisés soient le 4GI et 36E. Deux études utilisent des points péri-incisionnels [10,11] et deux

autres l'acupuncture auriculaire [12,13]. Chen montre que les points péri-incisionnels dans les hystérectomies donnent les mêmes résultats qu'une électro-stimulation au 36E [11]. L'analyse en sous-groupes en n'incluant que les essais portant sur la chirurgie digestive ne modifie pas les résultats.

Stimulation. La stimulation électrique est utilisée dans six essais, avec dans la moitié des cas une électro-acupuncture de surface. Les fréquences alternées (2Hz-100 Hz) sont les plus couramment utilisées [11,14,15]. Il a été montré [16] que les différentes fréquences d'électro-acupuncture mettent en jeu différents peptides opioïdes (enképhalines et béta-endorphines pour les basses fréquences et dynorphines pour les hautes fréquences). L'utilisation de fréquences alternées 2-100 Hz permet une libération simultanée des différents peptides opioïdes avec un effet analgésique supposé plus puissant. Dans les essais inclus, une étude montre que la stimulation à haute fréquence (100 Hz) est supérieure à une stimulation à basse fréquence (2 Hz) [17]. L'intensité de la stimulation est classiquement l'intensité maximale supportée par le patient. Ceci est confirmé par Wang qui montre qu'une électro-stimulation de surface à forte intensité (9-12 mA) est supérieure à une stimulation à faible intensité (4-5 mA) [14].

Un mode de stimulation particulier est utilisé : les emplâtres à base de piment de Cayenne (capsicum)

appliqués au 36E dans les hystérectomies [18]. Cette technique est utilisée par une équipe coréenne qui a également publié un autre essai sur la douleur post-opératoire après chirurgie inguinale chez l'enfant [19] (emplâtre au 36E). Deux autres essais ont été publiés sur les nausées-vomissements post-opératoires : emplâtre au 4GI après chirurgie stomatologique [20] ou emplâtre sur un point de manopuncture coréenne après hystérectomie [21]. Enfin, une équipe japonaise utilise la mise en place d'aiguilles sous-cutanées à demeure sur les points *shu* du dos [22] (méthode Hinaishin [23]).

Moment d'application. L'acupuncture est appliquée avant l'intervention, après l'intervention ou avant et après l'intervention (Figure 2). Une analyse en sous-groupe ne montre un résultat positif que dans le groupe où l'acupuncture est appliquée avant l'intervention (WMD -7,74 mg, IC : 95% : -9,41, -6,07), mais les résultats apparaissent peu solides du fait du faible nombre d'essais utilisant une acupuncture après intervention (3 essais). Rappelons qu'une revue systématique dans le cadre de la prévention des nausées-vomissements post-opératoires suggérait une inefficacité de l'acupuncture appliquée sur un patient anesthésié [24]. Dans le cadre des douleurs post-opératoires, un ECR (arthroscopie du genou) [25] va dans le même sens, c'est-à-dire suggérant que l'acupuncture doit être appliquée sur un patient conscient. Les effets d'épar-

Figure 2. Moment d'application de l'acupuncture. Les essais inclus relèvent de 4 modes d'application différents :
 A) séance unique pré-opératoire,
 B) séance unique post-opératoire,
 C) séances répétées en post-opératoire,
 D) stimulation permanente (aiguilles à demeure ou emplâtres) pré-post-opératoire.

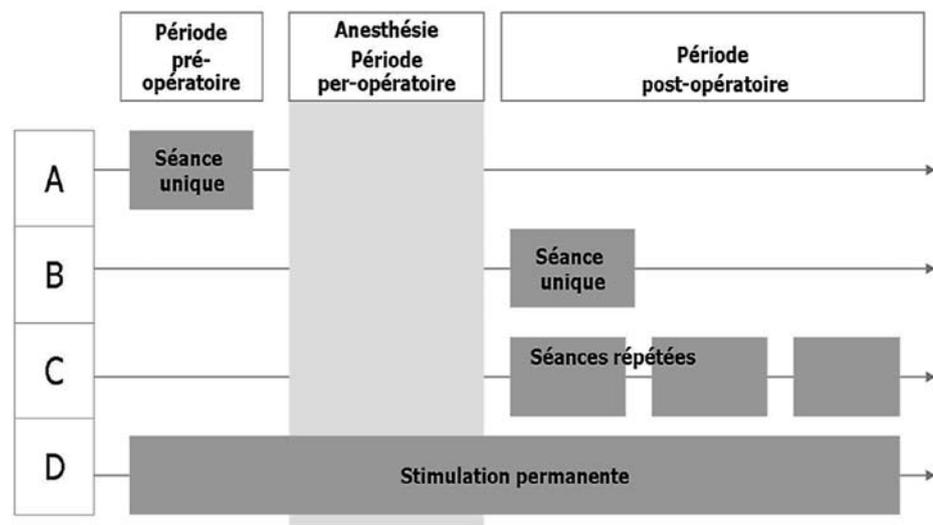


Tableau I. Protocoles d'acupuncture des essais inclus. Abréviations : ES : électro-acupuncture de surface ; EA : électro-acupuncture ; AA : acupuncture auriculaire.

Auteur	Score Oxford modifié (sur 7)	Type de chirurgie Effectifs	Points d'acupuncture	Contrôle	Type d'acupuncture	Moment d'administration	Séances
Wang 1997 USA [14]	2	Chirurgie abdominale basse n=101	4GI (<i>hegu</i>)	vs ES factice	ES à fréquence alternée (2 – 100 Hz).	Post-opératoire	Une séance de 30 minutes toutes les 2 heures en phase d'éveil
Chen 1998 USA [11]	1	Hystérectomie n=100	a) 36E (<i>zusanli</i>) ou b) points péri-incisionnels	vs c) et d) acupuncture factice	ES à fréquence alternée (2 – 100 Hz).	Post-opératoire	Une séance de 30 minutes toutes les 2-3 heures
Chiu 1999 Taiwan [15]	4	Hémorroïdectomie n=60	4GI (<i>hegu</i>), 7P (<i>lieque</i>)	vs ES factice	ES à fréquence alternée (2 – 100 Hz).	Post-opératoire	Une séance de 30 minutes deux fois par jour.
Kotani 2001 Japon [22]	6	Chirurgie abdominale haute et basse n=175	18 à 24V (abdomen supérieur) 20 à 26V (abdomen inférieur)	vs acupuncture factice	Acupuncture intra-dermique	Pré-opératoire (avant induction de l'anesthésie)	Aiguille à demeure laissée 4 jours
Lin JG 2002 Taiwan [17]	3	Hystérectomie n=100	36E (<i>zusanli</i>)	vs 36E sans EA	Electro-acupuncture	Pré-opératoire (20 minutes avant anesthésie)	Une séance
Sim 2002 Singapour [10]	5	Hystérectomie n=90	36E (<i>zusanli</i>) 6MC (<i>neiguan</i>) Points péri-incisionnels	vs acupuncture factice	Electro-acupuncture 2 Hz (36E-6MC) 100 Hz (péri-incisionnels)	Pré (avant anesthésie) ou post-opératoire	Séance unique de 45 minutes
Usichenko 2005 Allemagne [13]	7	Arthroplastie de hanche n=51	4 points auriculaires : <i>shenmen</i> , Poumon, Thalamus, Hanche	vs 4 non-points de l'hélix.	Acupuncture auriculaire	Pré-opératoire (avant induction de l'anesthésie)	Aiguilles à demeure laissées 3 jours en post-opératoire
Kim 2006 Corée [18]	5	Hystérectomie n=90	36E (<i>zusanli</i>)	vs acupuncture factice	Emplâtre de capsicum au 36E	Pré-opératoire (avant induction de l'anesthésie)	Maintenus 8 heures par jour pendant 3 jours en post-opératoire
Wong 2006 Hong Kong [26]	7	Thoracotomie n=25	4GI, 34VB, 8TR, 35VB	vs EA factice	Electro-acupuncture 60 Hz	Post-opératoire	2 séances/ jour de 30 minutes, 7 jours
Usichenko 2007 Allemagne [12]	7	Arthroscopie du genou n=120	3 points auriculaires : <i>shenmen</i> , Poumon, Genou	vs 3 non-points de l'hélix	AA aiguilles semi-permanentes	Pré-opératoire (avant induction de l'anesthésie)	maintenues 24 heures

gne opioïde quantifiés dans la méta-analyse paraissent d'autant plus importants que l'on s'éloigne de la période d'anesthésie (29% à 72 heures contre 21% à la huitième heure).



Dr Olivier Goret,
30, Avenue Gabriel Péri - 83130 La Garde.
☎ 04.94.75.48.32 ☎ 04.94.75.92.20
✉ goret.olivier@wanadoo.fr



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

Références

- Goret O, Nguyen J. L'acupuncture auriculaire a une action préventive sur la douleur après chirurgie ambulatoire du genou. *Acupuncture & Moxibustion*. 2009;8(4):259-65.
- Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg*. 2003;97(2):534-40.
- McGrath B et al. Thirty percent of patients have moderate to severe pain 24 hr after ambulatory surgery : a survey of 5703 patients. *Can J Anaesth*. 2004;51:886-91.
- Hines R et al. Complications occurring in the postanesthesia care unit : a survey. *Anesth. Analg*. 1992;74:503-9.
- Usichenko TI et al. Auricular acupuncture for pain relief after ambulatory knee surgery: a randomised trial. *CMAJ*. 2007;176(2):179-83.
- Gan TJ et al. Patient preferences for acute pain treatment. *Br J Anaesth*. 2004;92:681-8.
- Lee A, Fan LT. Stimulation of the wrist acupuncture point 6P preventing postoperative nausea and vomiting. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2):CD003281.
- Nguyen J. Méta-analyse : l'acupuncture améliore le taux de grossesse après FIV. *Acupuncture & Moxibustion*. 2009;8(2):103-108.
- Gerlier JL. L'échelle de Jadad pour approcher la qualité d'un essai contrôlé randomisé. *Acupuncture & Moxibustion*. 2002;1(1-2):66-7.
- Sim et al. Effects of electroacupuncture on intraoperative and postoperative analgesic requirement. *Acupunct. Med*. 2002;20:56-65.
- Chen L et al. The effect of location of transcutaneous electrical nerve stimulation on postoperative opioid analgesic re-

Conclusions

La méta-analyse va dans le sens d'une utilisation de l'acupuncture dans la prise en charge de la douleur post-opératoire.

- quirement acupoint versus nonacupoint stimulation. *Anesth. Analg*. 1998;87:1129-34.
- Usichenko TI et al. Auricular acupuncture for pain relief after ambulatory knee surgery: a randomised trial. *CMAJ*. 2007;176(2):179-83.
- Usichenko TI et al. Auricular acupuncture for pain relief after total hip arthroplasty – a randomised controlled study. *Pain*. 2005;114:320-7.
- Wang B et al. Effects of the intensity of transcutaneous acupoint electrical stimulation on the postoperative analgesic requirement. *Anesth. Analg*. 1997;85:406-13.
- Chiu JH et al. Effect of transcutaneous electrical nerve stimulation for pain relief on patients undergoing hemorrhoidectomy: prospective, randomised, controlled trial. 1999;42:180-5.
- Nguyen J. Les paramètres de l'électro-acupuncture. *Acupuncture & Moxibustion*. 2004;3(4):302.
- Lin JG et al. The effect of high and low frequency electroacupuncture in pain after lower abdominal surgery. *Pain*. 2002;99:509-14.
- Kim KS et al. The analgesic effects of capsicum plaster at the zusanli point after abdominal hysterectomy. *Anesth. Analg*. 2006;103:709-13.
- Kim KS et al. The effect of capsicum plaster in pain after inguinal hernia repair in children. *Paediatr Anaesth*. 2006;16(10):1036-41.
- Kim KS et al. Capsicum plaster at the hegu point reduces postoperative analgesic requirement after orthognatic surgery. *Anesth Analg*. 2009;108(3):992-6.
- Kim KS et al. Capsicum plaster at the Korean hand acupuncture point reduces postoperative nausea and vomiting after abdominal hysterectomy. *Anesth Analg*. 2002;95(4):1103-7.
- Kotani N et al. Pre-operative intradermal acupuncture reduces postoperative pain, nausea and vomiting, analgesic requirement, and sympathoadrenal responses. *Anesthesiology*. 2001;95:349-56.
- Sautreuil P. Acupuncture japonaise. *Acupuncture & Moxibustion*. 2002;1(3-4):5.
- Vickers AJ. Can acupuncture have specific effects on health? A systematic review of acupuncture antiemesis trials. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1996;89:303-311.
- Gupta S et al. The effect of pre-emptive acupuncture treatment on analgesic requirements after day-case knee arthroscopy. *Anesthesia*. 1999;54(12):1204-7.
- Wong RH et al. Analgesic effect of electroacupuncture in post-thoracotomy pain : a prospective randomized trail. *Ann. Thorac. Surg*. 2006;81:2031-6.

Déficit !... Quel déficit ?

Bui Anh Tuan

Argumentation selon un angle nouveau et action du Comité de défense de l'acupuncture

Tout ce qui arrive à l'acupuncture n'est que la réfraction, directe ou indirecte, de la politique des gouvernants. Au nom de quoi, cette politique est-elle menée, en matière de santé ? Au nom d'une bonne gestion des dépenses de santé ? D'une meilleure coordination des éléments du système (tant de soins que de remboursements...) ? D'une meilleure qualité des résultats médicaux ? D'une « maîtrise médicalisée » ?... Pourquoi pas... Certainement pas au nom d'une notion arbitraire (le déficit de l'Assurance maladie) ; ni au nom d'un mythe (celui du « trou » de la Sécurité sociale)

Le déficit de l'Assurance maladie aurait atteint, fin 2009, 11 milliards d'euros. En conséquence, le gouvernement a fait voter 2,2 milliards d'euros de nouvelle diminution des dépenses de santé (par des baisses de tarifs, baisses de taux de remboursement, contrôles accrus des arrêts de travail...). Est-ce acceptable ?... Un déficit (ou un excédent) de l'Assurance maladie n'a de sens que par rapport à un ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance maladie) qui n'est qu'une enveloppe prédéfinie que, depuis les Ordonnances Juppé de 1996, tous les gouvernements fixent arbitrairement, sur des critères purement comptables, chaque année, et qu'ils font voter au Parlement. Fixer des ONDAM suffisamment bas (ce qu'ont fait tous les gouvernements) : cela donnera toujours un déficit de l'Assurance maladie !

Quant au « trou » de la Sécurité sociale, idée employée pour faire passer les Ordonnances Juppé, et toutes les restrictions des dépenses de santé, depuis : ce n'est qu'un mensonge, un mythe reconnu comme tel par les économistes eux-mêmes. Explications de Béatrice Majnoni d'Intignano, Professeur des Universités, enseignante d'économie à Paris XII, dans La protection sociale, p. 63 (Editions Le livre de poche, Collection

Références, 1997) : « *La France souffre d'un mythe, celui du « trou de la Sécurité sociale ».* Les comptes prévisionnels font régulièrement état d'un déficit annuel important des caisses de vieillesse et de santé, et d'un excédent modéré des deux autres, famille et accidents de travail. Depuis des années, les excédents de la branche famille servent à financer les déficits de trésorerie des deux premières. L'ACOSS gère la trésorerie de l'ensemble : elle place les excédents et emprunte à la Caisse des dépôts et consignation en cas de déficit. Sa possibilité d'emprunt est plafonnée (17 milliards en principe). Sa situation excédentaire en début d'année, se détériore autour de l'été. Cet ensemble (situation de trésorerie et déficit prévisionnel) s'appelle en langage journalistique « le trou de la Sécurité sociale »... le prétendu déficit n'existe donc pas... ».

La Sécurité sociale n'a jamais été déficitaire. C'est ce qu'a dû reconnaître, par deux fois, un responsable officiel (le Dr Serge Larue-Charlus) que nous avons rencontré en 2004 et 2006, alors qu'il était Conseiller du ministre Douste-Blazy, puis Président de la Commission de nomenclature. Précisons même : jamais de déficit, malgré toutes sortes de dépenses indues, notamment les « exonérations de cotisations sociales » qui existent (essentiellement au profit des entreprises) depuis 1991, et qui, d'après le site www.acoss.fr (Agence centrale des organismes de sécurité sociale), ont dépassé 256,1 milliards d'euros. Soit, en moyenne, un détournement astronomique : de 28 700 €/minute ; et même, de 58 200 €/minute en 2008 !

Jamais de déficit de la Sécurité sociale !... Pourtant, les Ordonnances Juppé avaient officialisé l'existence d'un tel déficit, en créant une Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), missionnée pour « financer et éteindre la dette cumulée du régime général de la Sécurité sociale ». Voici l'essentiel des précisions données, sur Internet, par la Cades elle-même :

- C'est la Cades qui, en fait, s'endette, en émettant notamment des obligations. Au 30 juin 2009, montant cumulé de cette dette : 134, 5 milliards d'euros.
- La Cades est alimentée par un impôt : la CRDS (Contribution au remboursement de la dette sociale).

Montant cumulé de cette CRDS de 1996 à 2008 : 61,15 milliards d'euros ; dont seulement 40 milliards ont servi au remboursement de la dette ci-dessus de 134,5 milliards.

- L'Etat répond des engagements de la Cades, et pré-munit même celle-ci contre tout défaut de liquidité : la Cades ne peut, dit-elle, faire faillite. Cette garantie de solvabilité (absence de tout risque) combinée à des emprunts émis à des taux très attractifs (dernièrement, jusqu'à 4,50 % par an, sur 10 ans) expliquent le succès de la Cades auprès des 'marchés financiers'.

En somme, alors qu'il n'a jamais été question de quelque garantie que ce soit de l'Etat pour protéger la Sécurité sociale (qu'on prétendait pourtant déficitaire), l'Etat garantit contre toute faillite un organisme missionné pour s'endetter, à des taux exorbitants, au profit des 'marchés financiers'. Comment comprendre ?

Et il est question, maintenant, d'une 'Conférence sur le déficit' (notamment le « *déficit de l'assurance-maladie* ») associant Etat, collectivités territoriales et Sécurité sociale, afin d'arriver à une « *règle contraignante* » !... Une règle permettant de tailler encore plus dans les dépenses de santé, d'aggraver encore plus les conditions d'exercice des médecins, d'alourdir encore plus les frais restant à la charge des malades ? Est-ce acceptable ?

Forts des arguments ci-dessus (jamais présentés jusqu'à présent, à notre connaissance), nous, en tant que comité de défense de l'acupuncture, avons commencé à nous adresser, par vagues d'envois postaux, le plus systématiquement possible, à tous les médecins acupuncteurs de France. Les réponses déjà reçues sont des plus encourageantes (signatures sur la pétition proposée, commentaires, adhésions et/ou chèques de soutien). Qui plus est, tenant régulièrement la plupart des syndicats médicaux au courant de l'évolution de notre action, nous avons vu nos arguments paraître dans « *En Direct du Spécialiste* », mensuel de l'UMESPE (Union des médecins spécialistes, branche 'spécialistes' de la CSMF). Tout cela illustre la pertinence et l'écho de notre initiative, de nos arguments : directement, auprès des médecins acupuncteurs ; mais aussi, potentiellement, auprès des confrères des autres spécialités ou disciplines, voire de l'ensemble de la médecine. C'est pourquoi n'hésitez pas à nous réclamer d'autres précisions, et signez tous notre pétition



Dr Bui Anh Tuan,
président du Comité de défense de
l'acupuncture
84, Bd de Reuilly – 75012 Paris
✉ cdfac@voila.fr

Recensement des consultations publiques d'acupuncture en France

Dr Yves Rouxville

Pourquoi recenser les consultations publiques ?

L'an passé, les consultations publiques en acupuncture (Hôpitaux et Dispensaires) existantes sur le territoire ont été comptabilisées.

Cela représentait 114 praticiens :

- pour l'Acupuncture : 72 praticiens répartis en 59 sites.
- pour l'Auriculothérapie : 42 praticiens répartis sur 33 sites.

Cette importance est unique en Europe. Des erreurs et des oublis ont été notés. C'est pour cela que nous avons décidé de lancer un nouveau recensement. Les conclusions seront présentées sur un poster (une affichette) au colloque interdisciplinaire sur « La Douleur en Médecine Traditionnelle Chinoise » le 5 juin 2010 à Cassis, mais aussi dans ces colonnes.

Chacun de vous comprendra l'importance de cette consultation, lorsque le Syndicat ou l'ensemble de nos

disciplines professionnelles auront à rencontrer des officiels.

Nous tenons à préciser que le détail ne sera pas rendu public.

Ce travail de réponse ne vous prendra que peu de temps. Merci de préciser si le praticien exerçant dans cette consultation publique est Attaché ou P.H. (Praticien Hospitalier), ce qui présente un grand intérêt pour le Ministère de la Santé !

Cette année, les consultations effectuées par les Sages-Femmes seront également comptabilisées.

Merci de m'adresser les informations suivantes par courriel :

Ville et code postal :

Nom du lieu de consultation publique (C.H.U., Hôpital, Dispensaire) :

Service au sein de cet organisme :

Nom et prénom du praticien :

Statut du praticien (P.H., Attaché, Sage-Femme) :

Cadre d'intervention (Douleur ? Obstétrique ? Tabac ?) :

Type d'intervention (Acupuncture ? Auriculothérapie ?) :



Dr Yves Rouxville
Chargé de Mission SNMAF
Boîte Postale 60 105
56601 - Lanester Cedex
✉ yves.rouxville@orange.fr

Reportage

Patrick Sautreuil, Pilar Margarit Bellver

Le Cambodge, un pays où l'Acupuncture est rare

Royaute parlementaire peuplée de 13 millions d'habitants, entourée du Laos (au nord), Vietnam (à l'est) et de la Thaïlande (à l'ouest), le Cambodge est aujourd'hui un pays en pleine mutation, trente ans après la fin du régime Khmer Rouge. Les rares praticiens acupuncteurs sont surtout installés dans la capitale, Phnom Penh. Ce séjour nous a permis d'entrer en contact avec l'antenne cambodgienne de l'ONG « Douleurs sans Frontières ».

La cicatrice Khmer Rouge

De 1975 à 1979, le Cambodge a connu une des plus tragiques périodes de son histoire, le génocide Khmer Rouge. L'épuration sociale visait les intellectuels et a décimé le pays : près de 2 millions de morts pour une population à l'époque de 7 millions. Notre séjour a précédé de quelques semaines l'ouverture du premier procès d'un des auteurs du génocide, le responsable du centre S21, un lycée devenu centre de détention, de torture et d'extermination, situé en plein Phnom Penh.

Système de santé

Après 1979, il n'y avait plus au Cambodge que 40 médecins¹ ! Le réseau de soin de type occidental s'est depuis reconstitué, souvent avec l'aide de pays étrangers dont la France (la médecine, comme le droit, sont enseignés en français).

La médecine occidentale est dominante. Elle est bien représentée par des structures hospitalières publiques et privées. Des ONG, parfois des mécènes, ouvrent et entretiennent des établissements de soins (gratuits pour les enfants).

Phnom Penh possède deux universités de médecine, l'une publique fondée pendant l'époque coloniale française en 1950, l'autre privée, créée il y a quelques années par un médecin cambodgien.

Il n'y a pas de Sécurité Sociale et les frais médicaux peuvent être lourds. Le salaire mensuel moyen oscille

autour de 70 \$ (55 €), la consultation médicale peut atteindre 10 \$, un bilan sanguin peut coûter jusqu'à 20 \$, de même pour un traitement médicamenteux important. On atteint rapidement, en cas de maladie grave, un ou plusieurs salaires mensuels.

Le Cambodge, comme d'autres pays d'Asie, connaît un redoutable problème de contrefaçons, de faux médicaments fabriqués en Chine ou en Inde, parfois vendus en pharmacie, les imitations étant particulièrement bien réussies. Conclusion de notre guide à Phnom Kuten « No money, you die » (Pas d'argent, c'est la mort).

Médecine naturelle cambodgienne

La médecine naturelle a deux principales composantes, les massages et la phytothérapie.

Le massage est ancré dans la tradition asiatique. Au Cambodge, la qualité est variable d'un établissement à l'autre. Plus superficiel, moins « médical » qu'au Laos, il est parfois pratiqué par des masseurs aveugles. Le massage améliore la circulation d'énergie dont la stagnation serait à l'origine des douleurs et des maladies. Il est un des éléments de soins proposés par l'acupuncteur que nous avons rencontré à Phnom Penh (voir plus loin).

La région de Phnom Kuten (à l'est de Siem Reap) fait référence pour la diversité de son marché de plantes médicinales. On trouve différentes plantes ou racines mais également des produits d'origine animale comme des vésicules biliaires d'ours, des os d'éléphant... Pour la plupart, plantes ou animaux, ils sont vendus dans leur état brut. Mais ils existent également sous forme d'extraits, gélules ou liquides (figure 1).

Cette riche phytothérapie traditionnelle est présente jusque dans les villes. À Siem Reap, la ville à proximité de laquelle se situent Angkor Vat et les principaux temples khmer, une pharmacie traditionnelle cotoyait de quelques mètres une pharmacie de médicaments occidentaux.



Figure 1. Étal de produits médicinaux, marché de Phnom Kuten, nord-est de Siem Reap. On peut voir différents médicaments traditionnels, dans leur état naturel (racines, rhizomes, morceaux de branches au premier plan), sous forme plus préparée et parfois mélangés (en sachets, second plan), sous forme de boulettes (dans des bocaux à gauche) ou de potions (à droite).

Autels aux esprits

Nous retrouvons une dominante animiste notée au Laos [1]. Un peu partout, devant les maisons ou les restaurants en plein air, dans les champs, on peut voir de petits autels où sont déposés des gâteaux de riz ou d'autres offrandes pour attirer la protection des esprits. Le culte des esprits sous-tend également le bouddhisme local. Il est un premier recours face à la maladie.

Le Bouddhisme

Le Bouddhisme Théravada est la religion principale du Cambodge. Elle est teintée de brahmanisme. Les temples de Siem Reap, qui marquent l'apogée du royaume khmer, témoignent de cette évolution. Jusqu'à l'époque de la construction des temples d'Angkor Vath (XII^{ème} siècle), la religion dominante était l'hindouisme. Bantey Srei (X^{ème} siècle, fait de grès rose finement sculpté) par exemple, typiquement hindouiste, est visité encore actuellement par des Indiens. Le Bayon, aux magnifiques têtes identiques arborant un énigmatique sourire, date de l'époque de la transition entre les deux religions quand le bouddhisme est devenu religion d'état.

Rares Acupuncteurs

Il n'y a pas de consultations ni d'enseignement de l'acupuncture dans les établissements publics ou privés au Cambodge. Il n'y a pas de loi qui interdise l'exercice de l'acupuncture à des non-médecins (de médecine occiden-

tales). Les acupuncteurs, médecins traditionnels, entre cinq et dix pour tout le Cambodge, exercent surtout dans la capitale, Phnom Penh. Pour la plupart, ils sont Chinois. Un acupuncteur serait Cambodgien, un autre Japonais.

Nous avons pu rencontrer l'un d'eux, d'origine taïwanaise. Âgé de 72 ans, il est réputé et soigne des personnalités cambodgiennes et des étrangers. Il pratique l'acupuncture, les massages, les manipulations et possède une pharmacie phytothérapique chinoise. Nous l'avons vu traiter plusieurs personnes :

- Une femme âgée de plus de 80 ans qui a fait une hémiplegie gauche dans un contexte hypertensif. Le traitement comprend des aiguilles de crâniopuncture (figure 2) et des stimulations électriques par patch des points 11 GI et 56 V. La patiente ne peut marcher qu'avec deux aides (appui très médiocre du côté hémiplegique, pied tombant non appareillé).



Figure 2. Patiente présentant une hémiplegie gauche, traitement par crânio-acupuncture associé à une électro-acupuncture de surface bilatérale au 11 GI et 56 V

- Un patient taiwanais, âgé de 30 ans, qui se plaint de douleurs des poignets et des chevilles non améliorées par un mois de traitement occidental et qui sont traitées par massages et manipulations.

- Un patient australien de 52 ans qui présente un torticolis avec céphalées qui est manipulé au niveau cervical, dorsal, lombaire et périphérique. La manipulation sacrée via les hanches, par une abduction brutale, hanches fléchies, est particulièrement vigoureuse.

Deux assistants massent avec vigueur et application les jambes des patients selon les trajets des méridiens (figure 3).



Figure 3. Shen Ming Wang, Acupuncteur d'origine taïwanaise, avec deux patients également pris en charge par deux masseurs.

Démonstrations d'Acupuncture et d'Auriculothérapie-Auriculomédecine à l'hôpital Preah Ket Mealea

Grâce à Lucile Thibaud (Lettre d'Asie, Phnom Penh [2]), nous avons pris contact avec Katell Ménard, médecin coordonnateur à Phnom Penh de l'ONG « Douleurs sans Frontières ». Nous l'avons tout d'abord rencontrée dans son bureau à l'Hôpital Calmette puis avec le Dr Om Kanthey (Chef de l'Unité de soins palliatifs, Hôpital militaire Preah Ket Mealea). Une démonstration de l'intérêt de l'acupuncture dans les



Figure 4. Le Dr Khantey Om découvrant notre revue *Acupuncture & Moxibustion* et l'article sur le traitement par acupuncture des névromes d'amputation douloureux (Vol. 6 N° 2)[3].

douleurs de névromes d'amputation (figure 4) n'a pu avoir lieu en raison du désistement de la patiente prévue². Une discussion et démonstration de l'intérêt de l'acupuncture par utilisation des triggers points paravertébraux a été réalisée sur un militaire qui souffrait de cervicalgies et de lombalgies chroniques et sur une pharmacienne qui souffrait d'une cervicalgie (liée à un effort) déjà ancienne de plusieurs mois, accompagnée de fourmillements dans le membre supérieur droit. Le premier patient a bénéficié d'une double séance, auriculothérapie (figure 5) et acupuncture (figure 6), la seconde d'une séance d'auriculothérapie-auriculomédecine.



Figure 5. Patient se plaignant de cervicalgies et de lombalgies (traitement d'auriculothérapie en cours au niveau de l'oreille droite).



Figure 6. Même patient : discussion avec le Dr Katell Ménard (Douleurs sans Frontières) sur le repérage des triggers points cervicaux préalable à la pose des aiguilles d'acupuncture.

Quelques questions au Dr Om Khantey, chef du service de soins palliatifs de l'Hôpital Preah Ket Mealea de Phnom Penh et Katell Ménard, médecin coordinateur de l'ONG française « Douleurs sans Frontières » au Cambodge.

Acupuncture & Moxibustion : Quelle est l'importance respective de la médecine moderne et de la médecine traditionnelle au Cambodge ?

Dr Om Khantey : Dans la culture cambodgienne, la médecine moderne et la médecine traditionnelle sont aussi importantes l'une que l'autre dans le traitement de la douleur. D'après moi, les patients sont capables de comprendre l'intérêt de chacun de ces traitements pour leur maladie en fonction des explications du médecin, selon leurs possibilités et leur niveau d'éducation.

A & M : Combien y a-t-il de médecins actuellement au Cambodge ? Sont-ils assez nombreux ? Quelle proportion entre généralistes et spécialistes ?

Dr Om Khantey : Les médecins sont assez nombreux, mais la plupart d'entre eux sont des médecins généralistes.

A & M : Combien de médecins au Cambodge sont formés à la prise en charge de la douleur ?

Dr Katell Ménard : Douleurs Sans Frontières organise, en collaboration avec le Ministère de la Santé Cambodgien, une formation à la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs. Cette formation est actuellement enseignée par des formateurs cambodgiens. Au total 400 personnels de santé ont été formés : des médecins, des infirmiers, des pharmaciens.

A & M : Pensez-vous que l'acupuncture et l'auriculothérapie pourraient avoir une place dans le système de soin cambodgien, dans la prise en charge de la douleur ?

Dr Om Khantey : Oui, s'il existait au Cambodge plusieurs structures de soins pouvant délivrer ce type de thérapies, il est certain que l'acupuncture et l'auriculothérapie seraient très utiles dans la prise en charge de la douleur. Je crois que les patients apprécieraient ce type de soins bien plus qu'un traitement médicamenteux qui peut être long et entraîne parfois des effets secondaires.

Dr Katell Ménard : Comme cela est enseigné au cours des formations organisées par DSF, la douleur peut être à la fois prise en charge par des techniques médicamenteuses et non médicamenteuses, qui sont complémentaires. Actuellement les prises en charge non médicamenteuses pratiquées dans le cadre des activités de DSF sont le TENS et la relaxation.

En particulier, de nombreux patients souffrent de douleurs chroniques, dont la prise en charge est parfois limitée, en raison de l'accessibilité aux médicaments et des effets secondaires des médicaments : effectivement la pratique de techniques non médicamenteuses comme l'acupuncture et l'auriculothérapie, pourraient être une alternative aux traitements médicamenteux. Lorsque cela a été possible, pour deux promotions, un médecin acupuncteur et auriculothérapeute a fait des démonstrations aux stagiaires en formation (Dr Lucile Thibaud).

A & M : L'acupuncture est absente des hôpitaux (contrairement au Laos et au Vietnam) et seulement présente dans quelques cabinets à Phnom Penh. Y a-t-il un rapport avec la période Kmer Rouge ?

Dr Om Khantey : Je ne saurais pas vous en dire exactement les raisons mais je sais que quelques auteurs ont écrit que l'acupuncture était utilisée à cette époque pour traiter des maladies.

A & M : En ce qui concerne « Douleurs sans Frontières », depuis combien d'années êtes-vous présents au Cambodge ?

Dr Katell Ménard : Douleurs Sans Frontières (DSF) est une ONG française, travaillant dans plus de 10 pays dans le monde : DSF est présent au Cambodge depuis 1996, au départ pour soulager les douleurs des personnes victimes des mines antipersonnelles, puis à partir de 1998 pour développer la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs pour les personnes séropositives ou atteintes de maladies chroniques.

A & M : Est-ce que l'Acupuncture et l'Auriculothérapie sont des disciplines pratiquées par les médecins de « Douleurs sans Frontières » ?

Dr Katell Ménard : Douleurs Sans Frontières emploie des médecins expatriés responsables de l'organisation

d'un programme de formation et d'appui technique : au sein de ce programme de formation, les participants sont sensibilisés à toutes les techniques non médicamenteuses de traitement de la douleur dont l'acupuncture et l'auriculothérapie enseignées par des praticiens français. DSF travaille également en collaboration avec

des médecins cambodgiens dans des hôpitaux publics. Actuellement, aucun d'entre eux n'a pour l'instant été réellement formé aux techniques d'acupuncture ou d'auriculothérapie.

A & M : Nous vous remercions de votre accueil et seront très heureux de poursuivre une collaboration avec vous.



Dr Patrick Sautreuil
✉ patrick.sautreuil@gmail.com



Dr Pilar Margarit Bellver
✉ pilarmargarit@terra.es

Notes :

1. Hun Chhunly, The life of a physician under a Kmer Rouge regime (publié en cambodgien, traduction en anglais et en français en cours)

2. De nombreux Cambodgiens ont été amputés par des mines anti-personnel, au cours de la guerre américaine, de la guerre civile et encore maintenant.

Références

1. Sautreuil P, Margarit Bellver P, Franon E. Médecine traditionnelle et Acupuncture à Luang Prabang et Vientiane, Laos. *Acupuncture & Moxibustion*. 2007;7(3):248-255.
2. Thibaud L. Lettre d'Asie, Phnom Penh. *Acupuncture & Moxibustion*. 2007;6(2):175-176.
3. Sautreuil P et coll. Douleurs de névromes d'amputation et Acupuncture. *Acupuncture & Moxibustion*. 2007;6(2):140-151.

Nous remercions pour la préparation du séjour ou la rédaction de l'article Beaulan Thong (Paris) ; Therry Lambert (Palos Verdes, Los Angeles, Californie) ; Kem Phi Reph, Bophara, Shen Ming Wang, Hun Chhunly, Céline Lebst (Phnom Penh).

Livres reçus



Revue française d'acupuncture

35^e année, n°140,
octobre-novembre-décembre 2009

Éditorial : Gilles Andrès : Trois congrès : « *Ce dernier trimestre de l'année 2009 vient de voir se dérouler trois congrès [...]. Trois congrès, trois aspects de l'acupuncture [...]. Sur le plan de la connaissance, l'acupuncture française n'a rien à envier à ce qui se passe dans le monde... Sur le plan de la reconnaissance, elle pourrait espérer une plus grande reconnaissance [...].* »

Études :

Jean-Marc Kespi : Les points du cœur, l'Empereur, le cœur, leurs lieux dans la capitale et le corps humain : « *Je décris les quatre positions de l'empereur puis les quatre fonctions du cœur et les mets en relation. J'établis ensuite et compare les quatre lieux de la capitale [...]. J'étudie enfin les points du cœur dans ces quatre lieux [...].* »

Jacques Sermesant, Jean Marc Drouart, Gérard Dubois : Les larmes : « *Pleurer c'est amorcer une ouverture, un abandon, [...].* ». Les larmes sont abordées dans les textes traditionnels chinois.

Traductions :

Constantin Milsky, Gilles Andrès : Lingshu livre X, chapitre 45 : Estimation [par les signes] extérieurs : « *Ce chapitre établit que de loin en observant l'extérieur, on peut estimer l'intérieur et de près, en observant l'intérieur, on peut estimer l'extérieur* ». Lingshu livre X, chapitre 46 : Les cinq changements : ce chapitre étudie « *les cinq changements (wubian), émaciation-soif (xiao-*

dan), frissons et fièvre (hanre), jue, bi et amas (jiju) en fonction de la constitution (xing) ».

Vie des points :

Jean Marc Kespi : Quel est votre diagnostic ? : Mouvements incontrôlés du corps, spasmes musculaires douloureux et incoordination des mouvements traités par *shuigou, renzhong* VG26.

Gilles Cury : Le point du jour, *shanglian* (9GI) : « *Shanglian agit sur le cerveau, les muscles et peut être utilisé dans les fibromyalgies, voire certaines maladies neurologiques (hémiplegie...)* ».

Observations cliniques :

Jean Louis Vicq : Périarthrite scapulo-humérale, abord en médecine traditionnelle chinoise.

Marie-Christine Issartier : Être dans la continuité : « *Cette observation fait état de l'action de jinsuo (VG8) dans un cas de prostatite aiguë. Elle souligne l'importance du dumai relié au renmai et au jueyin dans l'équilibre énergétique pelvien, et pose la question de l'importance de l'implication du dumai dans les problèmes de stérilité chez la femme* ».

Carmen Martorell : Un atterrissage forcé : Tendinite bilatérale des avant-bras traitée par VE58.

Livres reçus :

Gilles Andrès : La revue des Revues.

Nécrologie :

Jean Marc Kespi, Bernard Maire, Marie Antoinette Roméo : « *Un grand de l'acupuncture disparaît : le professeur Jean Bossy est décédé...* ».

Dernière minute : « *Nous apprenons le décès de Jean Baptiste Butat [...], un hommage lui sera rendu dans la prochaine revue* ».

D^r Florence Phan-Choffrut

✉ : phan-choffrut@wanadoo.fr



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

Bernard Memheld (Offenburg-Elgersweier)

✉ bernard.memheld@acupuncture-medicale.org

Johan Nguyen (Marseille)

✉ johan.nguyen@acupuncture-medicale.org

Claude Pernice (Aix-en-Provence)

✉ claud.pernice@acupuncture-medicale.org

Florence Phan-Choffrut (Pantin)

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

Patrick Sautreuil (Le Vésinet)

✉ patrick.sautreuil@acupuncture-medicale.org

✠ Comité éditorial

Robert Hawawini (Chantilly)

Nguyen Trong Khanh (Toulouse)

Marc Piquemal (Asunción-Paraguay)

Yves Rouxville (Lorient)

✠ Comité de rédaction

Denis Colin (Paris)

Jean-Marc Eyssalet (Paris)

Bruno Esposito (Ferrare - Italie)

Setsuko Kame (Japon)

Jean-Louis Lafont (Nîmes)

Elisabeth Rochat de la Vallée (Paris)

Henning Strøm (Arcachon)

Patrick Triadou (Paris)

Henri Truong Tan Trung (S-Orens)

Les opinions exprimées dans la revue n'engagent que leurs auteurs.

MÉRIDIENS

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

Acupuncture & Moxibustion

172, rue J. Jaurès, BP17 - F-59255 Haveluy

☎ 03.27.43.83.11

✉ jm.stephan@gmail.com

Société éditrice

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 : 0312 G 86266

Imprimerie : Media Atelier Méditerranée,

36, rue Falque - 13006 Marseille

Conception Graphique :

Olivier Martin - Tél. : 04 91 46 97 80

Dépôt légal : 19 Février 2009.

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 Dubois. Le dernier numéro paru avant la fusion est le numéro 115 (dernier semestre 2000).

Le Mensuel du Médecin Acupuncteur a été créé en 1973 par Nguyen Van Nghi, avec comme premier rédacteur en chef Albert Gourion. En 1982 le Mensuel du médecin acupuncteur est devenu la revue Française de Médecine Traditionnelle Chinoise. Le dernier numéro paru avant la fusion est le numéro 188 (dernier trimestre 2000).

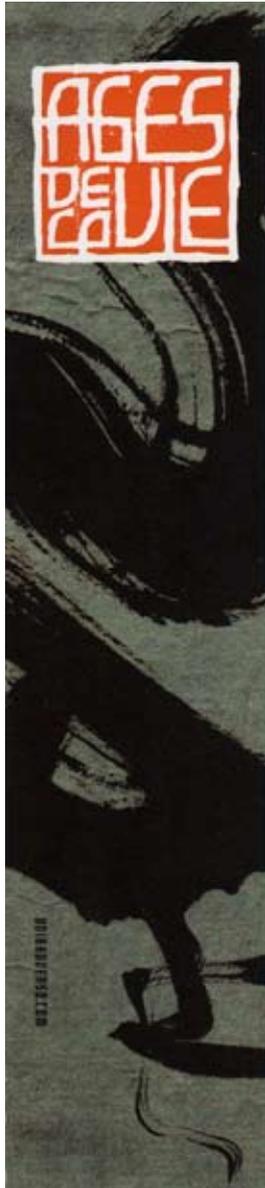
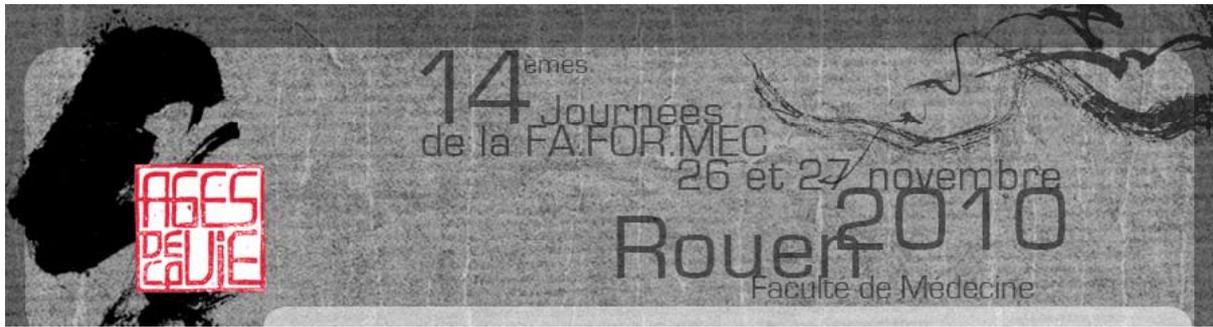
Abonnements	France et étranger
Prix du numéro	25 €
Tarif individuel	70 €
Institution	100 €
Tarif réduit ^{(1) (2) (3) (4)}	50 €

(1) Membres des associations partenaires (ABMA, AFERA, ASMAF-EFA, ASOFORMEC, FMCRDAO, GERA, GLEM, INVN, 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).



Les prochaines rencontres annuelles de la FA. FOR.MEC auront lieu à Rouen, les 26 et 27 novembre 2010.

L'équipe organisatrice vous propose de dérouler le fil du temps, au travers des âges de la vie, temps d'attente, temps de gestation, temps de croissance, d'expansion, de repli, temps de crises, étapes à franchir, hésitation, retrait, explosion, diffusion, expansion, pleine réalisation.

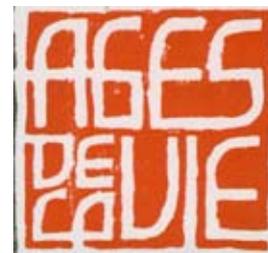
Nous invitons médecins, sages-femmes à qui sont ouverts ces journées de travailler tout au long de l'année 2010 sur ce thème. Nous souhaitons l'émergence de groupes de réflexion, de travail, qu'il s'agisse de travaux médico-sinologiques, d'évaluation, ou de recherche clinique. La Faculté de Médecine de Rouen nous accueille en son sein ; un amphithéâtre, des salles d'ateliers sont à notre disposition pour faire de ces journées un véritable forum d'échanges et d'interactivité. Cette interactivité sera à conjuguer avec des acteurs de santé loco-régionaux, à l'heure où la santé se définit dans des prises en charge transversales.

Les « âges de la vie » seront déclinés en quatre volets

- « venir au monde »
- « devenir adulte »
- « quand vient l'âge de la retraite »
- « quand vient le quatrième âge »

L'état d'esprit, la méthodologie, la déclinaison du thème sont détaillés sur le site Internet dédié à ces rencontres de formation professionnelle.

Rendez-vous dès maintenant sur www.faformec-rouen2010.org



premio 10 moxa

La **moxibustion** :
simple, sûre et efficace !

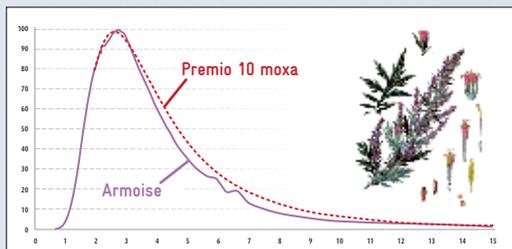
concentrateur pour un effet
"aiguille thermique"



Sedatelec, spécialiste de la technologie de l'acupuncture sans aiguille (détecteurs de points, stimulation électrique, stimulation laser) a consacré 2 ans de recherche pour étudier les caractéristiques du rouleau d'armoise en combustion et élaborer un véritable "moxa-like".

Il fallait pour cela

➔ identifier le principe actif de l'armoise : son large spectre d'émission d'ondes infrarouges



➔ créer un émetteur infrarouge possédant les mêmes caractéristiques

➔ imaginer un Concentrateur pour un effet "Aiguille thermique"

針灸

La moxibustion est **indissociable** de l'acupuncture.

Contemporaine ou antérieure à la pose d'aiguille, la moxibustion a toujours été pratiquée avec succès par les médecins MTC. Mais la **combustion de l'armoise produit fumées, odeurs et cendres** qui en pénalisent la pratique en occident, **incommodant patients et thérapeutes**. Malgré les nombreuses indications et des résultats probants, la moxibustion est aujourd'hui un peu délaissée...

Sur ces **bases scientifiques**, le bureau d'études de Sedatelec a conçu le **Premio 10 moxa** ...

- ergonomique, sûr, efficace et pratique,
- simple d'utilisation et de rangement,
- sans les contraintes de la moxibustion.

... puis Sedatelec l'a fait tester par des praticiens pour une **validation clinique**.

Ils ont conclu :

- satisfaction à la manipulation
- résultats surprenants, tout à fait comparables à ceux du moxa
- bon accueil par les patients
- grand confort de pratique sans odeurs, fumées et cendres
- beaucoup l'ont même trouvé beau !

Aujourd'hui, vous aussi, intégrez le **Premio 10 moxa** à votre pratique quotidienne, pour une moxibustion, simple, sûre et efficace.