



Acupuncture & Moxibustion

MÉRIDIENS

Fondateur
Didier Fourmont

revue française de
médecine
traditionnelle chinoise
le mensuel du médecin acupuncteur

Fondateur
Nguyen Van Nghi



Octobre-Novembre-Décembre 2007

Volume 6. Numéro 4

ISSN : 1633-3454

SEIRIN®



...going one step further



La qualité engendre la confiance. Une pénétration optimale et sans douleur des tissus. Voilà ce qui caractérisent les aiguilles d'acupuncture SEIRIN®. Des utilisateurs dans le monde entier leur font confiance depuis des décennies – n'hésitez pas à suivre leur exemple!



SOMMAIRE

Chroniques éditoriales

XI^{es} Journées de la Faformec, Paris 2007. *Florence Phan Choffrut* 293

Anthropologie

L'acupuncture extrême-orientale face à la modernisation de la médecine occidentale (XVII^e-XIX^e siècles). 294
Ronald Guilloux

Etudes traditionnelles

Les transpirations. *Pierre Dinouart-Jatteau* 301

Psychogénèse en syndromologie chinoise. *Jean Pierre Fossion* 305

Etudes cliniques

Acupuncture et Céphalées en urgence hospitalière. Une étude rétrospective (Hôpital Lariboisière). 315
Anita Bui

Revues et Synthèses

Imagerie par résonance magnétique de l'action de l'acupuncture à spécificité visuelle. *Jean-Marc Stéphan* 321

Recherches

Relation énergétique Points «Assentiment» et points « Héraut ». *Marc Piquemal* 331

Lettres à la rédaction/Communications courtes

Qu'est-ce que l'acupuncture. *Bui Anh Tuan* 335

Les classiques médicaux chinois : état des traductions en langue française et anglaise. *Johan Nguyen* 337

Le Chaos *Hun-dun* et le monde *yin-yang* selon Daodejing. *Henning Strøm* 342

Pratique en Acupuncture auriculaire

L'Auriculothérapie en France : le pôle de Nantes. *Yves Rouxeville, Yunsan Meas* 347

Evaluation

Polyarthrite rhumatoïde : l'acupuncture-moxibustion est supérieure au méthotrexate. *Olivier Goret,*
Johan Nguyen 351

Acupuncture et ORL : revues systématiques et méta-analyses. *Olivier Goret* 357

Livres reçus

364

Anesthésie par acupuncture en chirurgie cardiaque à cœur ouvert



Timbre poste chinois de 1975 commémorant la première opération de chirurgie cardiaque à cœur ouvert sous anesthésie par acupuncture (19 avril 1972). L'équipe appartient au second Medical College de Shanghai. La patiente est une jeune fille de 15 ans avec une communication interventriculaire congénitale. Le chirurgien à gauche de la patiente est le P^e Wang Yi-Shan et à droite le D^r Yeh Chun-Xiu. L'anesthésiste-acupuncteur est à la tête de la patiente et commande l'électro-stimulateur relié aux aiguilles placées aux deux 6MC. L'appareil de circulation extracorporelle (Shanghai type II Heart- Lung Machine) est à droite, bien en vue. La première publication chinoise sur une opération à cœur ouvert sous anesthésie par acupuncture date de 1974 [1]. Les premières publications en anglais de l'équipe de Shanghai datent de 1975 et 1976 [2,3]. Dès 1974, un médecin américain rapporte un cas observé en Chine dans l'*American Jour-*

nal of Cardiology [4]. Il s'en suit une discussion sur la crédibilité et la réalité de l'anesthésie par acupuncture dans ce cadre [5,6,7].

Ce timbre illustre l'importance politique à l'époque de l'anesthésie par acupuncture.

Johan Nguyen

✉ Johan.nguyen@wanadoo.fr

References

1. [Acupuncture anesthesia in open heart surgery with extracorporeal circulation]. *Chinese Medical Journal*. 1974;(8):453-9.
2. Third People's Hospital, Shanghai Second Medical College. Acupuncture anesthesia for open heart operation under extracorporeal circulation. *Chinese Medical Journal*. 1976 ;2(1) :51-8.
3. Third People's Hospital, Shanghai. Intracardiac operations with extracorporeal circulation under acupuncture anaesthesia. *Scientia Sinica*. 1975;18(2):271-80.
4. Katz AM. Acupuncture anesthesia for open heart surgery. A case report. *American Journal of Cardiology*. 1974;34(2):250-3.
5. Effler DB. Editorial: Acupuncture anesthesia for open-heart surgery. A bona fide anesthetic agent or another form of suggestion? *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1974;67(2):328-30.
6. Berman R. Acupuncture for open heart surgery (2) (letter). *American Journal of Cardiology*. 1975;36(3):411.
7. Cheng TO. Letter: Acupuncture anesthesia for open heart surgery. *American Journal of Cardiology*. 1975;36(3):411.

Florence Phan-Choffrut

Formation Médicale Continue !



Les XI^{èmes} journées de la FAFORMEC (Fédération des Acupuncteurs pour leur Formation Médicale Continue) viennent de se tenir les 30 novembre et 1^{er} décembre 2007, à la Faculté de Médecine de Paris V. Ces XI^{èmes} journées sont le début d'un nou-

veau cycle (10+1) matérialisé par la rencontre entre les participants et le Pr P. Dosquet (Haute Autorité de la Santé), M. Zhang Zhe-Qin (Ambassade de Chine), le Pr D. Bladier (Université Paris 13), le Pr D. Houssin (Ministère de la Santé), le Pr A. Lazarus (Directeur du Département de Santé Publique et Médecine Sociale). Si les modalités d'application des lois sur la FMC (Formation Médicale Continue) restent assez floues et si le nombre d'associations reste stable (25 associations), il est intéressant de constater l'augmentation continue du nombre des congressistes (351 pour 2007), parmi lesquels 4 sont venus de Suisse, 2 du Portugal, 1 de Roumanie, 2 d'Espagne, 2 de Belgique, 1 d'Italie et 1 de Tunisie ; 57 sont étudiants dont 20 sont issus de la troisième année du DIU (Diplôme Inter Universitaire

d'Acupuncture) et engagés dans le cursus de la Capacité en Acupuncture, 15 sont remplaçants, et 11 sont retraités. Leur participation active aux 43 interventions (31 conférences plénières, 10 ateliers, et 2 débats) concernant « Les 7 orifices de la face et la pathologie ORL » a été très intense. Belle rencontre internationale entre la formation initiale et la formation continue pendant et après la période dite « d'activité professionnelle ».

Si les commissions ont exposé les résultats de leur travail en plénière, la commission pédagogie (Dr M. Martin), plus discrète, a veillé à la qualité pédagogique du déroulement des journées selon les critères actuellement validés par l'Unafomec (Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue) avec pour binôme la commission informatique (Dr A. Huchet) qui a assuré un lien permanent entre orateurs et participants.

Sans s'essouffler, la FAFORMEC suit son chemin et nous donne rendez-vous à Nîmes les 21 et 22 novembre 2008 (Souffles et Pathologies Respiratoires).

Dr Florence Phan-Choffrut
2 passage privé, parc Victor Hugo, F93500 Pantin
☎ +33 1 48 46 68 08 ✉ phan-choffrut@wanadoo.fr

Ronald Guilloux

L'acupuncture extrême-orientale face à la modernisation de la médecine occidentale (XVII^e-XIX^e siècles)

Résumé : Comment se fait-il que l'acupuncture, découverte par l'Europe à la fin du XVII^e siècle, n'ait pu s'implanter durablement en France qu'au XX^e siècle ? A l'inverse, comment la médecine occidentale modernisée du XX^e siècle a-t-elle pu intégrer l'acupuncture, médecine traditionnelle ? Pour y répondre dans les deux articles – l'actuel et celui paru dans le N^o précédent [1] –, nous alternerons entre le récit historique et l'analyse de ses conditions : il ne s'agit pas de faire l'histoire des erreurs et exploits des héros de l'acupuncture en France, mais de dévoiler les conditions qui ont rendu possibles ou impossibles son introduction. En somme, il s'agit de faire l'histoire de la réception d'une médecine extrême-orientale dans l'Occident médical. La première réception de l'acupuncture a lieu durant la modernisation de la médecine occidentale amorcée au XVII^e siècle. **Mots-clés :** conditions de possibilité - orientalisme.

Summary: How come that acupuncture, discovered by Europe at the end of the XVIIth century, established durably in France only in the XXth century ? Conversely, how was the modernized western medicine of the XXth century able to integrate acupuncture, traditional medicine ? The explanation shall alternate between the historical account and the analysis of its conditions : it's not about telling the story of the mistakes and successes of the heroes of French acupuncture, but about revealing the conditions which made possible or impossible its introduction. In other words, we want to make the history of the reception of a far eastern medicine in the medical West. The first reception of acupuncture happens during the modernization of western medicine from the XVIIth century. **Keywords:** conditions of possibility - orientalism.

Précision : Les termes chinois et japonais sont laissés tels qu'ils furent retranscrits par les observateurs occidentaux des XVII^e – XVIII^e siècles. Il ne s'agit pas de faire montre d'érudition, mais d'éviter l'anachronisme. En effet, «king», pour le jésuite, signifie «voie», et non «méridien» : la différence n'est pas simplement de traduction, mais de compréhension de la médecine chinoise à des époques différentes. De même, «k'i» signifiait «souffle», et non «énergie» : cette dernière correspondance ne pourra advenir qu'avec l'importation du concept d'énergie de la physique moderne. On voudra alors rétorquer que la différence entre que yn-yang et yin-yang est bien mince ; mais pour parvenir à ce niveau de généralité, il aura fallu effacer les spécificités historiques et culturelles de la médecine : *yin-yang* évoque-t-il, aujourd'hui, le couple hippocratique humide radical-chaueur innée ? Voilà pourquoi il nous semblait plus adéquat de laisser la retranscription de l'époque que d'adopter le *pinyin*.

L'acupuncture exotique (fin XVII^e –XVIII^e siècles)

Entre curiosité et séduction, mais aussi condamnation et rejet, l'Occident découvre la médecine des Chinois, et avec elle, l'acupuncture qui apparaît ainsi sous la figure de l'exotisme.

Religieux et médecins

Les missionnaires de la Compagnie de Jésus en Chine

Les premières observations occidentales sur la « médecine des Chinois » nous viennent des missionnaires jésuites envoyés en Chine. *Les secrets* [2] anonymes, le *Specimen* d'Andrea Cleyer [3], et la *Clavis medica* [4] du Père polonais Michel Boym précèdent les publications

de la Mission française au XVIII^e siècle, parmi lesquelles les *Lettres édifiantes et curieuses* (1702-1776), qui deviendront les *Mémoires sur la Chine* (1776-1791) [5], et la *Description de la Chine*, grande synthèse du P. du Halde [6].

Ainsi, l'Occident découvre les conceptions chinoises du corps : le yn et le yang circulant à travers les king (voies) dans un corps divisé en deux parties (gauche/droite), trois étages (haut, moyen, bas) et composé de six organes yn et six organes yang. D'autres passages sur la thérapeutique abordent l'usage des simples (ex : ginseng), l'inoculation de la petite vérole et les techniques de respiration (Cong-Fou). De l'étude de la médecine des Chinois, les missionnaires pensent que les médecins européens pourraient tirer quelques bien-

faits, malgré l'étrangeté des théories et la faiblesse des connaissances anatomiques.

Les médecins de la Compagnie commerciale hollandaise des Indes Orientales au Japon

Toutefois, acupuncture et moxa sont à peine effleurés. Contrairement à une idée reçue, ni les premières descriptions ni même le néologisme ne viendraient des jésuites missionnaires en Chine. « Acupunctura » aurait été forgé par Jacob de Bondt, médecin-général installé à Batavia (Jakarta) qui travaillait pour la Compagnie Hollandaise des Indes Orientales [7]. Ce sont d'autres médecins de cette même compagnie qui fourniront les principales descriptions occidentales sur l'acupuncture et le moxa.

Dans son *Traité sur la goutte* [8], Ten Rhijne (Deshima, 1674-1676) souligne que les Chinois et les Japonais confondent artères et veines, qu'ils répartissent en kio (king) et miak (mo) et rattachent à un organe. Mais il ajoute que leur connaissance ancienne de la circulation sanguine est à la base d'une méthode chirurgicale efficace, notamment contre la colique, consistant à piquer ou brûler les régions douloureuses pour évacuer les vents pathogènes ; méthode contrastant donc avec la terrifiante *armamentarium chirurgicum* occidentale.

Dans ses *Plaisirs exotiques* [9], Engelbert Kaempfer (Deshima, 1690-1693) insiste également sur la différence entre les usages du feu et du métal dans les chirurgies extrême-orientale et occidentale. Mais, plus sceptique, il critique l'idée d'un « emplacement distant » de la partie affectée à brûler, soulignant ainsi l'ignorance anatomique des Japonais. Il affirme même que des essais en Allemagne montrent que le moxa est moins efficace dans les pays froids.

Le discours sur la médecine des Chinois

Ces deux voies (religieuse, commerciale), ces deux pays (Chine, Japon), ces deux types de descriptions (générales, spécifiques) partagent pourtant trois obstacles communs.

1) L'obstacle linguistique explique les difficultés d'accès aux textes médicaux. Yn-yang peuvent encore être traduit par «humide radical-chaleur innée», k'i par

«souffle, esprits, vents», mais king est identifié aux vaisseaux sanguins, ce qui revient à prêter aux Chinois une connaissance qu'ils n'ont pas : car si l'idée chinoise de la circulation sanguine précède l'idée européenne, elle « repose uniquement sur un rapport d'analogie, non démontré [...] entre le cycle du sang des vaisseaux et celui des astres dans le ciel » [10].

2) Cette assimilation erronée révèle un deuxième obstacle épistémique [A], un décalage au niveau du savoir, car l'Occident est en train de se détacher du cosmologisme. En médecine, c'est le déclin de l'humorisme (l'invisible) et l'émergence de l'anatomisme (le visible). La médecine des Chinois est alors perçue comme une pratique parfois efficace, mais au socle théorique douteux, mystérieux, voire absurde.

3) Les obstacles précédents se combinent à un troisième obstacle idéologique, l'orientalisme [11] : l'inconsistance des connaissances médicales vient renforcer la représentation de la supériorité de l'Occident sur l'Extrême-Orient. Plus qu'une simple image, l'orientalisme est une véritable idéologie (un système de représentations) née du processus de l'expansionnisme occidental amorcé au XV^e siècle. Les voies religieuses et commerciales participent de cette dynamique de conquête, et les observations sur la médecine extrême-orientale sont donc idéologiquement conditionnées. D'où le jugement des missionnaires sur l'absence de progrès dans les sciences et l'imperfection des arts chinois, et celui des médecins sur la superstition et la croyance en l'antiquité des Japonais.

Au fond, les deux types d'observations relèvent d'un même discours occidental sur l'Extrême-Orient. Ignorer la force de ce discours conduirait à expliquer l'incompréhension de l'acupuncture en Occident par des erreurs de descriptions d'un jésuite ou d'un médecin. Or, nous le voyons, loin d'être individuelles, ces erreurs s'ancrent dans des obstacles culturels. En d'autres termes, elles sont moins cause d'une description déformée qu'effets d'obstacles linguistiques, épistémiques et idéologiques. Arrimées en Occident, que deviendront alors ces observations ?

L'acupuncture littéraire (fin XVIII^e-début XIX^e siècles)

Revenu sur le sol occidental, l'orientalisme s'amplifie inévitablement, reléguant la médecine des Chinois à l'aube de l'histoire, et dont l'intérêt restera purement textuel.

A l'aube de l'histoire des peuples

Les premières observations des jésuites et des médecins suscitent des thèses, des ouvrages, des articles de revues et de dictionnaires [12] traitant de la médecine des Chinois, de manière générale ou spécifique (acupuncture, examen de la langue, moxa, simples, pouls). Techniquement, acupuncture et moxa se dissocient. Toutefois, dans sa généralité, la médecine des Chinois est classée, parce que « *encore toute superstitieuse, informe et grossière, avec celle des plus anciens peuples* » [13]. Condamnation inévitable pour une pratique dont les bases anatomiques tiennent davantage de l'imagination que de l'ouverture des cadavres, et dont le peuple fondateur vénère encore l'autorité des anciens et l'influence des astres. L'acupuncture doit donc « *une grande partie de ses merveilleux effets à l'imagination, cette heureuse dispensatrice de tant de biens physiques et moraux* » [14] ; voire au tempérament de l'individu, directement lié à l'éducation et aux mœurs, si différents en Chine [15].

Le jugement s'étend même aux premiers observateurs : Ten Rhijne notamment, accusé de complicité d'imagination et de cautionner l'idée que la connaissance chinoise sur les vaisseaux et le mouvement du sang était supérieure à celle d'Europe.

Ce filtrage eût pour conséquence de réduire l'acupuncture à une simple technique, une « *opération médico-chirurgicale, consistant dans une espèce de piqûre qui se fait avec des aiguilles, dont on se sert pour percer les parties souffrantes, dans la vue de guérir un grand nombre de maladies* » [16]. Exit le système infondé des vaisseaux invisibles, des vents pathogènes, de l'humide radical et de la chaleur innée, des vertus de l'or et de l'argent. Une douleur, une aiguille, une piqûre, voilà l'acupuncture définie par la médecine française à la fin du XVIII^e siècle.

Le tribunal occidental

Le jeu de l'altérité

La critique de la superstition et de l'imagination pointait dans le discours des jésuites et des médecins hollandais. Elle éclate à présent dans toute sa radicalité : « *La médecine des Chinois se bornera toujours à l'empirisme le plus aveugle, tant que des hommes doués d'un esprit plus juste, et dégagés de toute prévention, ne leur feront point connaître la véritable manière d'étudier avec fruit la médecine, en la considérant comme branche d'histoire naturelle, et en se bornant exclusivement aux faits présentés par la nature, et à ce qui est d'observation constante, sans s'embarrasser des explications plus ou moins fausses ou ridicules qu'en ont voulu donner tant d'auteurs* » [17]. C'est dire que l'Orient est à l'Occident ce que l'imagination est à la raison, l'empirisme au rationalisme, et, au fond, l'erreur à la vérité. Ce jeu d'altérité, liant les peuples et leurs savoirs, vient fonder un discours de domination.

Classer à l'âge classique [18]

Toutefois, cette façon de comparer, d'opposer ne s'applique pas seulement aux peuples : elle est la manière de connaître de l'âge classique (XVII^e-XVIII^e siècles), qui consiste à analyser et à classer non plus selon les critères de l'analogie, mais ceux de l'identité et de la différence. Connaître, c'est mettre en tableau. L'histoire naturelle est cet espace de savoir, ce lieu de catalogage de la nature : non pas encore la nature des sciences de la nature au XIX^e siècle, avec son historicité propre, mais la nature représentée par la pensée classique. Nature immuable, dont les minéraux, végétaux et animaux rentrent dans un ordre fixe auquel les peuples, eux-mêmes, n'échappent pas : l'histoire naturelle est aussi histoire culturelle, hiérarchie des cultures immobiles, avec, à son sommet, l'Occident.

L'orientalisme médical

Par cette comparaison croisée des peuples et des savoirs, le discours sur la médecine des Chinois prend la force d'une véritable idéologie du savoir et du pouvoir, l'orientalisme médical [19], qui maintiendra l'acupuncture sur la surface plane des manuscrits. Sinon, on comprendrait difficilement pourquoi, depuis Ten Rhijne

et Kaempfer, l'acupuncture a été commentée et jugée sans jamais faire l'objet d'une pratique insistante : en s'arrimant en Occident, elle entrait dans l'espace clos du tribunal occidental qui la condamnera pour délit d'imagination, et ne retiendra, pour sa défense, que la pointe solide du métal.

En 1787, avec précaution, Vicq d'Azyr, exhortait déjà les médecins à étudier cette opération chirurgicale que l'on disait agir sur les spasmes et la sensibilité des organes [20]. Mais le passage du texte à la pratique n'aura lieu qu'à partir de 1810, lorsque des médecins voudront voir si, derrière l'imagination, l'acupuncture ne devait pas ses effets à quelque technique.

L'acupuncture positive (1810-1825)

Au XIX^e siècle, les médecins français ne veulent donc plus dissenter sur les effets observés, décrits, mais toujours supposés : il faut pratiquer pour voir. Du commentaire, on passe à l'expérimentation ; des suppositions, aux faits ; de l'acupuncture littéraire, à l'acupuncture positive.

De Berlioz à Paris

Par les tâtonnements du Dr Berlioz, retranscrits dans son mémoire [21] présenté au concours de la Société de Médecine de Paris en 1810, l'acupuncture est exhumée du musée de l'histoire médicale. La pratique est d'abord timide : à Tours, Haime, sous l'autorité de Bretonneau, vient à bout des hoquets nerveux d'une malade, tandis que sous l'œil attentif de Haime, Bretonneau s'assure de l'innocuité de la méthode en transperçant des organes canins [22]. Fort des ces expériences, Demours tente l'acupuncture sur les ophtalmies [23].

A partir de 1824, le phénomène s'intensifie. Le personnage le plus connu est Jules Cloquet, dont Morand [24] et Dantu [25] rapportent les expériences. Mais en réalité, c'est un véritable réseau reliant Saint-Louis (Godart), l'Hôtel-Dieu (Bardoulat, Husson, Devergie, Bonpard, Toirac, Magnien, Tehy), la Pitié (Meyranx) et la Charité (Dronsart, Fouquier). Plus d'un millier de malades sont traités. Le domaine pathologique est large, mais il se concentre sur les douleurs (rhumatis-

mes et névralgies). A la théorie extrême-orientale, se substituent des expériences par le nombre d'aiguilles, la durée de piqûre, même l'ajout d'électricité. On obtient des soulagements, on observe des phénomènes électriques. Cliniciens et chirurgiens acupuncteurs s'entourent de physiciens médicaux. On voit même Magendie, Ampère et Duméril, en commissaires chargés d'évaluer les travaux de Cloquet à l'Académie des sciences [26].

La transformation de la culture médicale

Un tel phénomène ne peut cependant s'expliquer par les seules actions individuelles : il repose sur un ensemble de conditions de possibilité.

Dans le traitement de la douleur, les remèdes classiques (vésicatoires, sangsues, bains) s'avèrent inefficaces, tandis que l'anesthésie ne se développe qu'à la seconde moitié du XIX^e siècle [27]. Cette impuissance thérapeutique explique l'intérêt pour des monothérapies de secours, dont l'acupuncture.

Mais l'intérêt de cette pratique réside aussi dans sa simplicité technique : une douleur, une aiguille, une piqûre. A l'époque de la découverte du galvanisme, certains (Sarlandière [28] notamment), tenteront même de combiner l'aiguille et l'électricité pour en faire une thérapie de choc.

Du point de vue conceptuel, l'acupuncture ne s'apparente pas aux thérapeutiques traditionnelles : ni évacuation (pas de saignement), ni irritation (pas d'inflammation, ni douleur), son action est plus rapide. Partant de l'analogie du fluide nerveux et galvanique, on suppose que l'aiguille agirait sur ce fluide, par restitution (Berlioz), soustraction (Cloquet) ou répartition (Pelletan). Hypothèses qui trouvent leur consistance dans l'épaisseur du corps – le « tissu » – où le fluide pathogène se fixe.

Par là, se révèle une règle épistémologique [B] fondamentale : l'anatomie pathologique qui fait corrélérer symptôme-lésion post mortem-cause, et qui s'élargira progressivement en anatomie clinique. Le corollaire de cette règle d'anatomisation de la maladie étant la distinction entre maladies organiques (lésionnelles) et fonctionnelles (nerveuses). Une seconde règle épistémologique, émergente, pose la démarche observation-

hypothèse-vérification : c'est la médecine expérimentale, que Claude Bernard consacra dans la seconde moitié du XIX^e siècle.

Toutefois, la condition épistémologique serait pure apparition théorique sans l'évolution institutionnelle de la médecine : depuis le XVIII^e siècle, celle-ci, comme « technique générale de santé » [29], s'est vue confier le contrôle de la population par le pouvoir politique. Dans ce processus de médicalisation, l'hôpital, d'abord charitable, devient progressivement une structure de soin et d'enseignement, la fonction thérapeutique ne pouvant être assurée que par un corps soignant formé à la fonction clinique. Ainsi, Saint-Louis, l'Hôtel-Dieu, la Pitié et la Charité accueilleront, pour un temps, l'acupuncture.

Le seuil épistémologique atteint par la médecine occidentale au début du XIX^e siècle révèle aussi le passage vers l'épistémè positiviste, qui se manifeste par une rupture dans le discours sur l'acupuncture : « *Mais peut-on raisonnablement admettre que d'aussi grandes nations aient été si longtemps dupes de leur imagination ? L'acupuncture aurait-elle traversé plusieurs siècles pour venir jusqu'à nous, si elle n'eût eu d'autres bases ?* » [30]. Plus question d'accuser sans prouver. A la charge de l'imagination, on oppose la décharge des faits. Toute argumentation doit désormais procéder de l'observation des expériences répétées. Un événement sans précédent est en train de se produire. Jusque-là, savoir médical et idéologie orientaliste se combinaient parfaitement. A présent, l'exigence des faits creuse une fissure, annonce une rupture, comme si l'exigence positiviste de connaître se retournait contre l'idéologie orientaliste pour lui demander de se justifier.

Le mur de l'Occident

Pourtant, l'essor de l'acupuncture en France au XIX^e s'esouffle après 1825. Comment expliquer que, porté par les conditions précédentes, le phénomène fut si bref ?

Depuis Ten Rhijne, la piqûre japonaise du ventre des femmes enceintes nourrit la représentation d'une méthode barbare jusqu'à soulever des critiques dans le milieu médical : danger, commerce, panacée, charlatanisme. Et il est d'autant plus difficile de distinguer mise

en garde et concurrence que la médecine se professionnalise. L'attaque de Velpeau contre Cloquet est révélatrice : « *Jules s'est emparé de l'acupuncture : avec elle, il guérit tout et qui plus est, il explique : les maladies ne sont pas des inflammations, c'est un fluide. Dame ! Un fluide galvanique, magnétique, électrique, nerveux, comme vous voudrez ; enfin un fluide... qui s'accumule dans les organes. Eh bien ! Ce fluide, l'aiguille l'enlève. Est-il en plus, on fait une saignée nerveuse ; est-il en moins, on en prend dans une autre personne, etc. Vous riez, mon Maître ? C'est exact cependant, et le petit Jules va piquant, déchirant et coupant tous ceux qu'il rencontre avec son aiguille ; rien ne lui résiste, toutes les névralgies, pleurésies, péritonites, pneumonies, etc., se sauvent devant le piqueur. Dans tout cela, il y a un fait : c'est que Jules va promptement faire sa fortune ; car déjà les comtesses, les duchesses, les princes, accourent se faire piquer, et bientôt il ne pourra plus y suffire. La crédulité publique est un aliment qui engraisse vite quand on sait s'en nourrir, et Jules ne l'ignore pas* » [31]. La critique s'étend au milieu littéraire, à travers satires de théâtre et caricatures [32]. Dès 1826, l'engouement autour de l'acupuncture aura quasiment disparu.

Mais l'accusation de charlatanisme recèle un obstacle épistémologique. D'abord, l'image de la panacée révèle l'incohérence du domaine thérapeutique de l'acupuncture. Que traite-t-on exactement ? On voulait traiter à la fois ce qui relevait de l'organique, du fonctionnel et de la chirurgie. Et dans le flou, on prétendait tout traiter. Or, rétrospectivement, seules deux espèces morbides résistent aux critiques : les rhumatismes et les névralgies, reliés par un élément commun, la douleur [33]. Mais dans les années 1820, ces deux espèces étaient elles-mêmes peu circonscrites : la distinction entre rhumatisme articulaire aigu généralisé et rhumatisme mono-articulaire chronique n'existait pas ; et la névralgie restait encore prisonnière de l'opposition entre névroses et névrites [34]. En l'absence d'une compréhension des mécanismes de la douleur, l'acupuncture se heurtait donc à une incohérence pathologique. De plus, cette incohérence était renforcée par une obscurité pathogénique, car réintégrer l'idée d'un fluide pathogène en 1825, c'était rappeler la théorie hippocratique et chinoise des vents,

au moment où la médecine voulait se débarrasser de toute métaphysique. C'était donc retomber dans « le même cercle [...] parcouru fatalement par l'esprit toutes les fois qu'il est saisi du périlleux désir des explications thérapeutiques » [35].

Enfin, les deux obstacles précédents (la concurrence professionnelle et l'obstacle épistémologique) sont renforcés par l'obstacle idéologique. Entre orientalisme et positivisme, la rupture reste, en réalité, inachevée. Loin de s'être estompée, l'idéologie orientaliste maintient la représentation d'un Extrême-Orient superstitieux, barbare et ignorant. D'ailleurs, les défenseurs de l'acupuncture reprochaient eux-mêmes aux Japonais d'enfoncer les aiguilles «à coups de marteau» [36], voire de piquer le ventre des femmes enceintes pour calmer les agitations du fœtus. Une telle représentation ne pouvait manquer de discréditer une méthode qui rencontrait déjà des divergences dans les expériences parisiennes, poussant Béclard à marteler «qu'on devait la laisser à ses inventeurs». Certes, dans ces divergences, le caractère artisanal des expérimentations avait dû jouer. Mais la représentation orientaliste du regard positiviste a été bien plus déterminante. Turck le soulignera avec pertinence : «L'acupuncture a quelque chose de si instantané, de si merveilleux même contre une foule de maladies douloureuses, son mode d'action est encore entouré de tant de doute, d'incertitude, de mystère, que l'on comprend le dédaigneux oubli dans lequel la laissent les médecins de notre époque. En effet, enlever avec une épingle et guérir, la plupart du temps, pour toujours, les douleurs violentes, qui avaient résisté au temps et aux remèdes les plus variés, contre lesquelles la science et l'habileté du médecin avaient complètement échoué, n'est-ce pas une sorte de jonglerie, un tour d'escamotage, indigne d'occuper un instant des

hommes sérieux ? On doit être d'autant plus porté à juger aussi sévèrement cette pratique qu'elle est empruntée à des peuples barbares, aux Japonais et aux Chinois, et qu'au premier aspect elle a les plus grands airs de famille avec les talismans, les incantations, les amulettes en si grand honneur dans tout l'Orient» [37]. L'acupuncture était condamnée d'avance du fait de son origine extrême-orientale. La démarche logique hypothèse-expérience-jugement ne pouvait donc résister à l'enchaînement préjugé-confirmation-sanction.

Du point de vue épistémique, l'analyse de Turck révèle que la rupture entre positivisme et orientalisme n'est pas totale. Car s'il dénonce le préjugé orientaliste comme obstacle à la compréhension médicale de l'acupuncture, il ne dénonce pas l'existence même de ce préjugé, il le partage : ces peuples – pour ceux qu'il critique comme pour lui – sont barbares. Ainsi, même celui qui parvient à s'éloigner de cette représentation en reste prisonnier. Entre l'observateur et le fait, s'intercale toujours la représentation d'un Extrême-Orient fallacieux. Et le positivisme, qui semblait rompre avec l'orientalisme, reste donc une idéologie critique, prisonnière de la grande opposition entre l'Occident et l'Orient.

Acupuncture exotique, acupuncture littéraire, acupuncture positive ; exotisme médical, orientalisme médical, positivisme médical. Au fond, cette transfiguration sur trois siècles nous apprend moins sur l'acupuncture elle-même que sur les conditions de sa réception dans un Occident médical en pleine modernisation. Trois caractéristiques doivent être retenues de cette nouvelle médecine : son institution hospitalière, ses règles épistémologiques et son idéologie orientaliste. Car c'est sur ce triangle que la réception de l'acupuncture au XX^e siècle aura lieu.



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

Références

1. Guilloux R. Introduction, structuration, intégration de l'acupuncture extrême-orientale dans la médecine française. *Acupuncture & Moxibustion*. 2007;6(3):194-201.
2. Anonyme. Les secrets de la médecine des Chinois consistant en la parfaite connaissance du pouls, etc. Grenoble: Charvy; 1671.
3. Cleyer A.. *Specimen medicinae sinicae sive opuscula medica ad mentem sinensium*. Francfort: J.-P. Zubrodt; 1682.

4. Boym M. *Clavis medica ad chinorum doctrinam de pulsibus*. Nuremberg: 1686.
5. Mémoires concernant l'histoire, les sciences, les arts, les mœurs, les usages [...] des Chinois par les missionnaires de Pékin. Paris: Nyon; 1782; t. VIII.
6. Du Halde J.-B. *Description géographique, historique, chronologique, politique et physique de l'Empire de la Chine, etc.* Paris: Le Mercier; 1735; 4 t.
7. De Bondt J. *Historia naturalis et medica indiae orientalis libri sex*. Amsterdam: 1658. L'hypothèse est de Lu GD, Needham J. *Celestial lancets, a history and rationale of acupuncture and moxa*. 2nd ed. London: Routledge curzon; 2002. p. 270.
8. Carruba RW, Bowers JZ. The Western World's First Detailed Treatise on Acupuncture : Willem Ten Rhijne's *De acupunctura*. *J Hist Med Allied Sci*. 1974 Oct;29(4):371-98.
9. Kaempfer E. *Exotic pleasures, Fascicule III, Curious scientific and medical observations*, traduction et commentaires de Carruba RW. Carbondale: Southern Illinois University Press; 1996.
10. Huard P, Bossy J, Mazars G. *Les médecines de l'Asie*. Paris: Seuil; 1978. p. 149.
11. Said EW. *L'Orientalisme. L'Orient créé par l'Occident*. Paris: Seuil; 2005.
12. Huard P, Sonolet J, Wong M. *Médecine en Extrême-Orient*. Catalogue de l'Exposition faite à la Salpêtrière. Paris: 1959. p. 42-62.
13. Dujardin F, Peyrhillé B. *Histoire de la chirurgie depuis son origine jusqu'à nos jours*. Paris: Imp. Roy; 1774-1780; 2 vol.; vol. 1; préface. p. xiiij.
14. Lepage FA. *Recherches historiques sur la médecine des Chinois* [thèse de médecine]. Paris: fac-similé, Cercle Sino-logique de l'Ouest; 1813. p. 85.
15. Bedor. *Acupuncture*. In : *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris: Panckoucke; 1812; vol. AAMP. p. 150.
16. Vicq d'Azyr F. *Acupuncture*. In : *Encyclopédie méthodique. Médecine*. Paris: Panckoucke; 1787; t. 1. p. 184.
17. Lepage FA., p. 24. Nous soulignons.
18. Foucault M. *Les mots et les choses*. Paris: Gallimard; 1966. Le rapprochement entre naturel et culturel est de nous.
19. Bivins RE. *Acupuncture, expertise and cross-cultural medicine*. Basingstoke: Palgrave; 2000. p. 5-9.
20. Vicq d'Azyr, p. 188.
21. Berlioz LVJ. *Mémoires des maladies chroniques, des évacuations sanguines et l'acupuncture*. Paris: Croullebois; 1816.
22. Haime DM. *Notice sur l'Acupuncture, et observations médicales sur ses effets thérapeutiques*. *Journal universel des sciences médicales*. Paris: 1816; vol. XIII.
23. Demours. *Notes sur l'acupuncture*. *Journal général de médecine, de chirurgie et de pharmacie françaises et étrangères*. Paris: Croullebois; 1819; t. LXVI.
24. Morand J. *Dissertation sur l'acupuncture et ses effets thérapeutiques* [Thèse de médecine]. Paris: 1825.
25. Dantu, *Traité de l'acupuncture d'après les observations de M. Jules Cloquet, etc.* [Thèse de médecine]. Paris: Béchét Jeune; 1826.
26. Cloquet J. *Les effets et la manière d'agir de l'acupuncture*. In: *Procès-verbaux des séances de l'Académie des sciences*. Ed. de 1918. Hedaye: Fondations Debrousse et Gas; années 1824-1827; t. VIII. p. 162.
27. Rey R. *Histoire de la douleur*. Paris: La Découverte Poche; 2000. p. 175-211.
28. Sarlandière JB. *Mémoires sur l'électro-puncture, etc.* Paris: Delaunay; 1825.
29. Foucault M. *La politique de la santé au XVIIIe siècle*. In: *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris: Gallimard; 2001. p. 735.
30. Dantu, op. cit., p. 16.
31. Lettre de Velpeau à Bretonneau de décembre 1825. In: *Bretonneau et ses correspondants, Biographie et notes de P. Triaire*. Paris: Alcan; 1892. p. 588-89.
32. Dr Geoffroy D. *L'acupuncture en France au XIXe siècle*. Sainte-Ruffine: Maisonneuve; 1986. p. 163-66.
33. Raige-Delorme. *Acupuncture*. In: *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Paris: Masson, Asselin; 1864; t. 1.
34. Rey R., op. cit., p. 263.
35. Raige-Delorme, op. cit., p. 680.
36. Berlioz LVJ, op. cit., p. 310.
37. Turck L. *L'acupuncture*. In: *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*. Paris: 1856; t. 4. p. 371.

Notes explicatives

- A. Epistémè : configuration du savoir à une époque et un lieu donnés.
- B. « Epistémologique » désigne ici un seuil de formalisation atteint par le savoir médical : celui de la vérification systématique entre les symptômes et les lésions anatomiques. A ne pas confondre avec « épistémique » qui désigne le savoir en général. Cf. Foucault M. *L'archéologie du savoir*. Paris: Gallimard; 1969. p. 243-247.

Pierre Dinouart-Jatteau

Les transpirations, 汗

Résumé : Par son expérience, l'auteur a constaté que l'interrogatoire sur les transpirations, est absent ou insuffisant. L'article montre que ces transpirations selon leurs horaires, leurs intensités, leurs aspects, etc., sont d'excellents éléments d'orientation du diagnostic global du malade. **Mots-clés :** Transpiration - localisation - abondance - odeur - couleur.

Summary : The lack or insufficiency of interrogation about sweating has been noticed by the writer from experience. The paper shows that time, amount, and characteristics of sweating are excellent clues to orient the overall diagnosis of the patient. **Keywords:** sweating - localisation - amount - smelling - colour.

Au cours des quatre examens (*sizhen* 四診), l'interrogatoire a une place très importante comme le fait savoir "La chanson des dix questions" dans son deuxième chapitre [1]. C'est à ce moment-là qu'il ne faut pas négliger de s'informer des transpirations. À leur sujet, il faut demander au patient des précisions comme : les circonstances, les horaires, les localisations, les quantités et qualités (odeur, chaude, froide, couleur, grasse, etc.) et surtout les signes associés principaux.

Physiologie [2]

Dans LS36 [3] "Qi bai répond : les eaux et les grains entrent tous par la bouche, leurs saveurs sont cinq, elles se déversent vers leur propre mer, et chaque jinye suit son propre chemin. C'est pourquoi des trois réchauffeurs sortent les qi, pour réchauffer les tendons et la chair, remplir la peau, cela c'est jin ; ce qui s'écoule mais sans chemin cela c'est ye".

Le fluide épais est jin (津) et est destiné à maintenir l'équilibre homéothermique du corps, mais quand un fluide s'écoule et ne circule pas, il est ye (液). C'est le cas de la sueur qui est ye.

La sueur est un Liquide Organique du Cœur distillé par le yangqi. SW23 : "五臟化液：心爲汗" (*wuzang huaye : xinweihan*, Les cinq zang transforment les fluides épais : le cœur c'est la sueur) [4]. On peut rencontrer la sueur dans des symptômes par atteinte externe tout autant que dans des pathologies par lésions internes.

Nosologie ou classification [5]

La transpiration qui résulte d'un Vide du yin doit être différenciée de celle qui résulte d'un Vide du yang. Dans les cas de Vide chronique, la transpiration peut survenir dans la journée avec ou sans exercice physique, ou pendant la nuit. Une transpiration diurne signifie que le *weiqi* (衛氣) ne contrôle pas correctement l'ouverture des pores de la peau, et ne retient pas correctement les Liquides Organiques à l'intérieur du corps, en raison d'un Vide de qi, et plus particulièrement d'un Vide de yang.

Un Vide de yang sera plus évident dans la journée, car c'est la période d'activité maximum du yang, d'où l'apparition de transpiration diurne. La nuit, alors que le yin, théoriquement, domine et que le Corps est moins actif, s'il n'y a pas suffisamment de yin pour contrôler la Chaleur, cette dernière peut entraîner une ouverture des pores de la peau et donc, une transpiration nocturne. Une transpiration due à un Vide de yin se rencontre plutôt avec des signes de Chaleur, une transpiration due à un Vide de yang se rencontre plutôt avec des signes de Froid.

Sémiologie

Localisation

Maladie localisée à la Surface du corps : au cours d'une affection de Surface il est très important de vérifier s'il y a présence de transpiration ou absence de celle-ci pour

pouvoir déterminer de quelle nature est le *xie* externe et de juger de la faiblesse ou de la force du *zhengqi*.

- L'absence de transpiration évoque un Froid pervers d'origine externe du genre « *attaque par le Froid, Plénitude externe* ». En effet, la nature du Froid est de contracter, de resserrer les espaces sous-cutanés (*couli*) et ainsi de fermer les pores sudoripares.

- La présence de transpiration dans une affection de surface évoquera un Vent pervers d'origine externe, comme par exemple « *taiyang atteint par le Vent* ». Il en sera de même pour une affection de surface comme Vent-Chaleur d'origine externe, ou *yang* protecteur (*weiyang*) Vide et faible, ou « *atteintes répétées par les qi pervers externes* », qui peuvent toutes se traduire par de la transpiration. Car, la nature du Vent est de faire s'écouler, la nature de la Chaleur est de faire s'élever et se disperser, mais les deux peuvent également faire relâcher les « *couli* » et permettre à la transpiration de sortir.

Enfin, si le *yang* protecteur (*weiyang* 衛陽) est Vide, l'enveloppe du corps sera relâchée et la transpiration sortira aisément.

Circonstances [4]

Transpiration spontanée *zihan* 自汗

Le sujet transpire fréquemment surtout après des mouvements. La Cause en est : « *Le qi est Vide* », « *le weiyang protecteur n'est pas solide* ». Les signes associés sont : asthénie physique et mentale, souffle court (*duanqi* 短氣), crainte du Froid (*weihan* 畏寒), qui sont des symptômes de *yangqi* Vide et diminué.

Les sueurs spontanées : se rencontrent dans le *xinqixu* ou *xinqibuzu* que nous traduirons par « *insuffisance du qi du Cœur* ».

Transpiration durant le sommeil *daohan* 盜汗

La transpiration est qualifiée de nocturne quand elle s'arrête au réveil. Le *yin* étant Vide, le *yang* est en excès. Il y a donc surabondance de la chaleur du *yangqi* qui vaporise les Liquides *yin* et donne la sueur.

Les symptômes accompagnateurs sont : insomnie, pommettes rouges, bouche et gorge sèches, chaleur aux paumes des mains aux plantes des pieds (*wuxin fanri*), avec oppression et chaleur thoracique.

Transpiration profuse *dahan* 大汗

La sueur est émise en grande quantité, de ce fait les Liquides Organiques (*jinye*) s'écoulent en abondance.

- Une transpiration profuse qui s'accompagne de fièvre importante, de soif, d'envie de boire froid, avec un Pouls vaste (*hong* 洪) et grand (*da* 大), correspond au syndrome de Plénitude-Chaleur, où l'abondance de Chaleur du *yang* dans le corps chasse la sueur à l'extérieur.

- Une transpiration profuse à grosses gouttes, accompagnée de polypnée, d'asthénie mentale, de membres brutalement froids, de Pouls menu (*wei* 微), près de s'arrêter (*yuyue*), signifie que l'on a atteint une phase critique où le *yangqi* est près de disparaître, et où les Liquides *jin* s'échappent à la suite du *qi*. Cette transpiration est aussi pour cela appelée, « transpiration de la fin » (*juehan* 絕汗) ou « transpiration terminale » (*tuohan* 脫汗).

L'hyperhydrose se rencontre dans *xinqibushou* « Manque de récupération du *qi* du Cœur ».

J'y ajoute la « sudamina » qui est une affection particulière des mains suite à une grande transpiration et qui est due à une Humidité-Chaleur de la couche du *qi*.

Transpiration accompagnée de frissons *chanhan* 戰汗

Les frissons apparaissent en premier c'est le début de l'affection, ensuite vient la transpiration. Il y a eu un changement lors de la lutte entre le Pervers et le Correct (*hanre* 寒熱).

Si la fièvre diminue avec la transpiration et qu'en même temps le Pouls se calme, c'est le signe d'un bon pronostic car le Pervers est en train de disparaître et que le Correct se stabilise.

Si au contraire l'agitation se manifeste au cours de la transpiration et que la fréquence du Pouls augmente, c'est un mauvais pronostic ; le Pervers est en train de l'emporter sur le *zheng* qui est affaibli.

Transpiration jaune *huanghan* 黃汗 [7]

La transpiration se situe surtout sur la partie haute du corps, au dessus de la ceinture, elle est gluante, laissant des traces jaunes sur le linge, la bouche est amère, collante, il y a soif mais on ne veut pas boire ; pas

d'appétit, fièvre avec agitation, chaleur des cinq centres (*wuxin fanri*) ; dysurie, urines foncées ; douleurs costales, corps œdémateux ; Pouls tendu (*jin* 緊) glissant (*hua* 滑) ; langue avec un enduit jaune mince.

Localisation

Transpiration sur une partie du corps

baishenhan 半身汗出

a) Une transpiration ne se manifestant que sur une partie du corps, la droite ou bien la gauche, la partie inférieure ou la partie supérieure, a pour causes :

- soit les mucosités du Vent ou le Vent-Humidité obstruent les méridiens (*jingmai*),
- soit le *ying* (nourricier) et le *wei* (protecteur) sont déréglés l'un par rapport à l'autre,
- soit le *qi* et le *xue* ne sont plus en harmonie.

Quand la transpiration cesse sur une partie du corps c'est l'avertissement d'un dessèchement partiel du corps. C'est une hémihydrose (*pianju* 偏沮) signe prémonitoire d'un *zhongfeng* (*pianku* 偏杜) SW3 [8].

b) A la paume des mains et à la plante des pieds, une transpiration excessive accompagnée de bouche et gorge sèches, de constipation, d'urines jaunes, de Pouls fin (*xi* 細), c'est de la Chaleur qui s'accumule dans les Méridiens *jin*.

c) Limitée à la poitrine une transpiration importante, est due à un excès de « ruminant intellectuelle » qui fatigue le Cœur et la Rate.

Transpiration limitée à la tête et au visage

toumianhan 頭面汗

Cela traduit quatre états différents :

1. Une Chaleur perverse dans le Réchauffeur Supérieur : elle est accompagnée souvent de fièvre et de soif sans agitation (*fanke* 煩渴) ; l'enduit lingual est jaune, le Pouls superficiel (*fu* 浮) et prapide (*shuo* 數).
2. Une Chaleur-Humidité dans le Réchauffeur médian : le corps est lourd, fatigué, l'enduit lingual est jaune, gras, et il y a oligurie.
3. Si la transpiration fait suite à une maladie grave ou qu'il s'agisse de transpiration temporale chez un vieillard dyspnéique, cela correspond à un symptôme Vide.

4. Si dans la phase terminale d'une maladie grave, il y a transpiration soudaine et abondante au niveau des tempes, il s'agit d'un état critique où le *yang* Vide s'échappe. Le *yin* Vide ne peut s'attacher au *yang*, les liquides du *yin* disparaissent en suivant le *qi*.

Transpiration Froide ou Chaude

- Si elles sont froides les transpirations sont dues à un Vide de *yang*, ou à une insuffisance de *qi* (*weiqi*) ce qui cause un relâchement et une faiblesse de l'enveloppe musculaire.

- Si elles sont chaudes elles sont attribuées à du Vent-Chaleur d'origine externe, ou bien à une Chaleur interne qui chauffe et chasse la sueur.

Traitements

Ces indications ponctuelles ne dispensent pas de traiter la cause de cette transpiration.

- Anomalies de transpiration : VG13 *taodao*.
- Transpiration axillaire : IG9 *jianzhen*.
- Transpiration excessive : PO1 *zhongfu*, GI15 *jianyu*.
- Transpiration de la main : MC8 *laogong*.
- Transpiration nocturne : VE13 *feishu*, VE15 *xinshu*, VE17 *geshu*, FO2 *xinjian*, RE7 *fuliu*, CO6 *yinxi*. PC87 *sibua* : ces 4 fleurs correspondent au couplage de *geshu* + *danshu* des 2 côtés. On la retrouve dans les Vides de *yin*, en particulier *ganyinxu* ou *ganyin buzhu* (Déficiency de *yin* du Foie) dans *feiyixu* ou *feiyin buzhu* (Déficiency de *yin* du Poumon), dans *shenyinxu* ou *shenyi buzhu* (Déficiency de *yin* des Reins) et aussi dans *xinyinxu* (Déficiency de *yin* du Cœur) avec un cortège de signes classiques.
- Favorise la transpiration : VG23 : *shangxing*, VC13 *shangwan*.
- Transpiration insuffisante : ton. GI4 + disp. RE7 *hegu* + *fuliu* (*Zhenjiu dacheng*), IG4 *wangu*, PO6 *kongzui*, VB37 *guangming*.
- Les sueurs profuses peuvent se voir dans la neurasthénie qui est une névrose fonctionnelle réversible et qui dans la nosologie moderne serait consécutive à :
 - 1) une insuffisance de la « mer des moelles »
 - 2) favorisée par un surmenage et des Excès,
 - 3) caractérisée par des troubles psychiques inhibiteurs (fatigue, tristesse, insomnie, activité onirique importante,

angoisse, indécision, etc.) des troubles cardio-vasculaires et vasomoteurs (hypotonie, palpitations, dermographisme, sueurs profuses), des troubles digestifs, (inappétence, dyspnée, constipation) des troubles sexuels (impuissance, frigidité), des tremblements et des douleurs à localisations diverses (céphalées, rachialgies, etc.). Sur un tableau général de Déficience se caractérise l'expression spécifique de l'un des *zang*: Cœur, Poumon, Rate, Foie et Reins.



Dr Pierre Dinouart-Jatteau,
7 place de Tourny, 33000 Bordeaux
☎ 05 56 44 50 40
✉ pierre.dinouart@gmail.com

Références

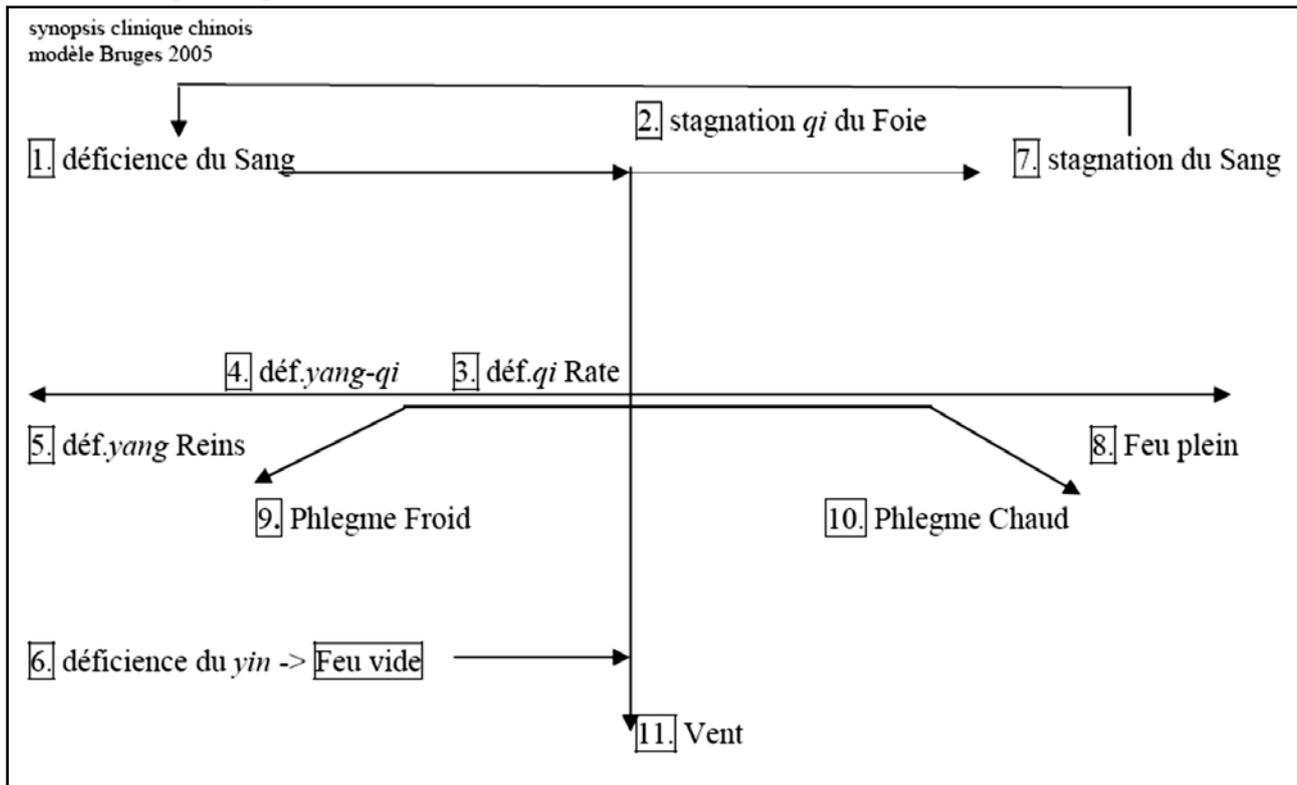
1. Auteroche B. L'art d'interroger ou La chanson des dix questions. Méridiens;59 60;77-49.
2. *Shiyong zhongyi neikexue*. Shanghai: Shanghaikexue jishu chubanshe; 1986: 466-70. trad. personnelle.
3. Anonyme. *Lingshujing jiaoshi*. Hebing: Renmin weisheng chubanshe chuban; 1982: T.1: 533. trad. personnelle.
4. Anonyme. *Huangdi neijing Suwen*. Beijing: renmin weisheng chubanshe chuban; 1979: 152. trad. personnelle.
5. Auteroche B., Navaillh P. Le diagnostic en Médecine chinoise. Paris: Maloine; 1983: 163-5.
6. Yang MQ. *Zhongyixue wenda* (Questions-Réponses dans l'étude de la médecine chinoise) ouvrage collectif dirigé par Yang YY. Beijing: *Renmin weisheng chubanshe*; 1985.
7. Remp C. Les troubles de la sudation. Rev. Fr. d'Acup. 1988; 55:13-21.
8. Rochat de la Vallée E., Larre C. Su Wen, les 11 premiers chapitres. Moulin-lès-Metz: Maisonneuve; 1993:73.

Transpiration selon Soulié de Morant

(d'après Taillandier J. Répertoire des indications ponctuelles du traité de G. Soulié de Morant. Nîmes: A.F.E.R.A.; 1985: 273-5)

- abondante : PO7, PO10, RA15, RE1 (-), RE3 (-), VB20 (+), VE9(-), VE15, VE29, VE40 (-), VC5
 - transpire et est glacé : **PO11**
 - grande transpiration par faiblesse : GI4, VC6
 - sans cause, la nuit : RE2(-)
 - ruisselante : RE7, VC6
 - avec urine faible : GI4(+)
 - pendant la fièvre : RE3, VB37, VE63
 - par froid : VE10(-)
 - tout le corps humide constamment : VE17
- absente : peau sèche, ne peut transpirer: ES39, FO8, **FO10**(+), **IG1**, RE1(+), VE10(+)
- si ne boit pas : **GI11**
- avec urine profuse : GI4(-)
- pendant la fièvre : MC9, PO6 (-), PO8, TR4, VB6, VB20, VB37, VE40(+), VG4, VG23
- accès de transpiration : IG4
- rare : RE2(+), RE3(+)
- circonstances :
 - incessante : RE7
 - tout le corps humide : VE17
 - nocturne : CO6. **ES43**, RE2(-), RE7, TR5, VB2, VE17
 - à la ménopause : **RA6** (+), **VB20** (+)
 - sans motif : RE2(-), RE7, TR5, VE17
 - par choc : VE45
 - par émotivité : CO6
 - des paumes : **VE10** (-)
 - par faiblesse : GI4, VC6
 - par grippe : VG16
 - à la toux : VB44
 - par typhoïde : GI4(-)
 - aux vomissements : VE17
 - par rhumatisme articulaire, avec diarrhée : VG19
 - par tuberculose pulmonaire : VE13
 - par Vide : VG14
- caractères :
 - froide, avec lipothymie : VC14
 - chaude, la nuit : RE7
 - d'odeur fétide :
 - aux aisselles et aux pieds : **ES10, ES13**
 - aux mains, à l'occiput et au front : **ES13**
 - violente : FO2, PO11
 - par choc : VE45
 - par faiblesse : GI4, VG14, VC6
 - de la grippe : **VG14**
 - à la ménopause : VE62 (-)
 - la nuit : VE45
 - et sans cause, par diabète : RE2(-)
- localisations :
 - du haut du corps uniquement : **MC3**
 - de la tête : VE62(-)
 - violente : **VG24**
 - de la face : à maxillaire et dessous du menton : VB43 op
 - organes génitaux : **VE34, VE35, VC1, VC7**
 - mains, aux émotions : VE10(-)

Tableau II. Synopsis clinique chinois ou « l'anti-sèche de l'étudiant ».



Synopsis clinique chinois

Dans l'article prime [1] nous avons présenté un synopsis clinique chinois ou « l'anti-sèche de l'étudiant ». Il y a onze syndromes de base dans un organigramme avec la possibilité d'indiquer les transformations entre ces syndromes (Tableau I). Ce modèle a été présenté au congrès de l'ICMART 2006 à Washington.

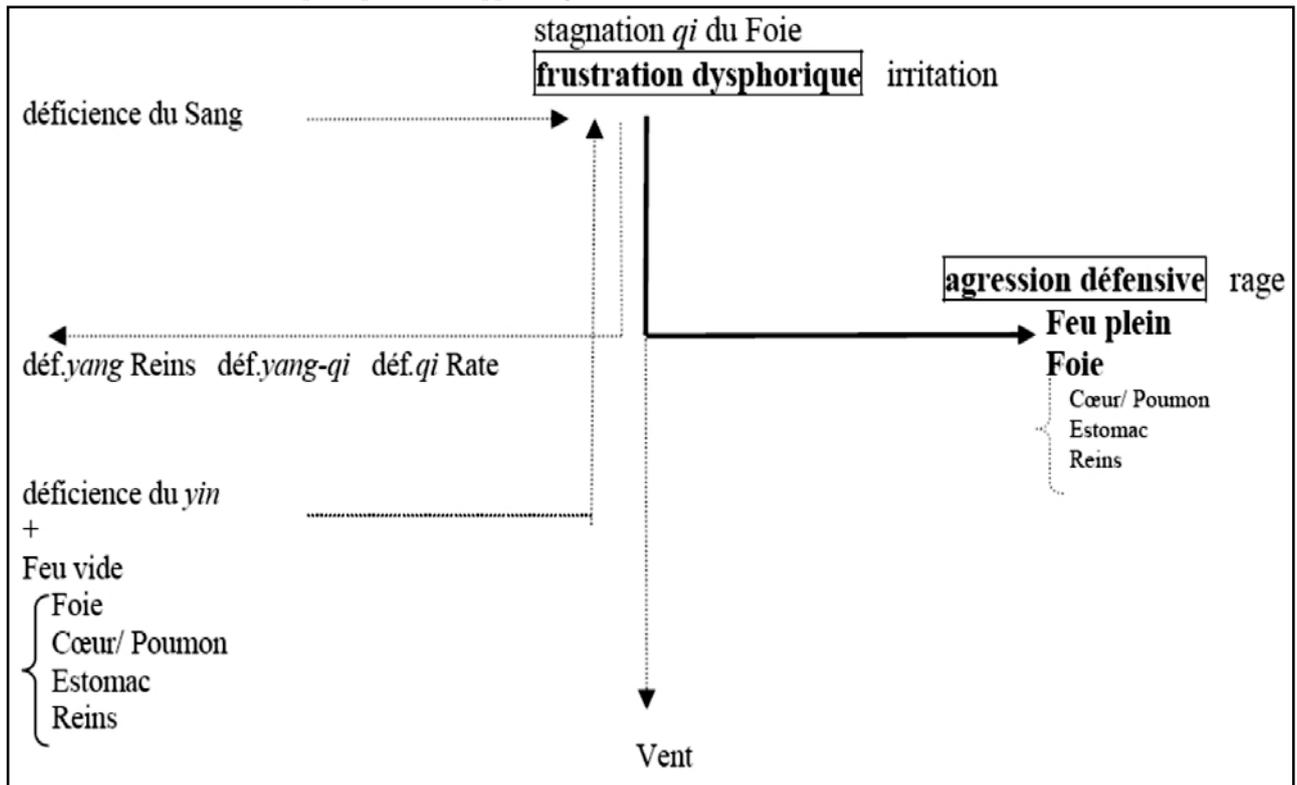
Le « *qi* » qui monte à la tête

Les anciens Chinois, observant une personne prise d'une irritation et qui rougissait, disaient que son « *qi* » lui montait à la tête. Signe avant-coureur d'une agression verbale, voire d'une agression physique, le pire était à prévoir. Le *qi* émotionnel était attribué au Foie, la rage au Feu du Foie. Le *qi* qui stagnait dans le Foie avait tendance à s'enflammer en Feu. La sphère d'émotion attribuée au Foie est le *nu*, la rage. John O'Connor et Dan Bensky ont traduit le syllabus du Shanghai College of Traditional Medicine, « Acupuncture, a comprehensive text ». Ils décrivent qu'« outre les sept

émotions (Tableau I), la frustration dérange le libre cours du *qi* du Foie, ce qui très souvent mènera à la rage » [2].

La stagnation du *qi* du Foie est le diagnostic le plus facile de toute la médecine chinoise. Il n'y a qu'un seul symptôme qui est pathognomonique d'une façon absolue: c'est l'irritation. Une seule remarque: pour éliminer une confusion avec un tempérament préexistant, cette irritation doit être nouvelle. Nous conseillons de ne pas demander au patient s'il se sent « agressif! », mais « s'il se sent irrité plus facilement que d'habitude? ». Ceci pour éviter que le patient ait le sentiment qu'on se fait une fausse idée de lui, pour éviter qu'il nie son agressivité masquée pour se sauver la face, ce qui nous enlèverait la possibilité de faire le diagnostic. Sans irritation il n'y a pas de stagnation du *qi* du Foie et quand il y a irritation il y a certainement une stagnation du *qi* du Foie au minimum comme cofacteur (Tableau II).

La psychogénèse de cette irritation récente est la frustration. Sans frustration il n'y a pas de stagnation du *qi*

Tableau III. La frustration dysphorique se développe en agression défensive.

du Foie. S'il y a frustration, le *qi* stagnera inconditionnellement dans le Foie. Toute la panoplie imaginable comme la nausée, l'indigestion, le ballonnement postprandial, les maux de tête, l'irritation de l'œil etc. est absolument secondaire, et certainement insuffisante à poser le diagnostic de la stagnation du *qi* du Foie, parce que tous ces symptômes peuvent dériver d'une vingtaine d'autres diagnostics chinois. Le symptôme secondaire le plus fiable est le ballonnement postprandial qui indique que le Foie est impliqué.

La frustration se produit quand on anticipe pour obtenir quelque chose qu'on voudrait absolument, mais qui ne se réalise pas au moment attendu. Les psychologues disent que la frustration est la conséquence d'une omission inattendue d'une récompense attendue.

La frustration est le facteur psychogénétique de l'irritation et l'irritation en est le symptôme irrévocable. La frustration est dysphorique par définition. Les circuits de la frustration dysphorique font partie intégrante des circuits de l'agression défensive, que nous allons présenter ultérieurement avec leurs neurotransmetteurs.

Le paradigme occidental en neurosciences décrivant la stagnation du *qi* du Foie est la frustration dysphorique [3] et quand elle se transforme en Feu-plein du Foie le paradigme occidental devient : l'agression défensive, qui à son apogée développera la rage (Tableau III).

Apprentissage par renforcement

Le comportement animal est instinctif en matière de sa propre préservation individuelle (sensation de faim, de soif, du mal) et celle de son espèce (fonction reproductive). L'aire préoptique combine ces deux formes de préservations, elle est phylogénétiquement une des plus vieilles reliques de la préservation, elle contrôle en outre la thermorégulation. Cela se fait par expression de ces gènes au rythme des saisons. Mais de plus, pour s'adapter aux conditions habituelles de la vie quotidienne, le comportement se laisse guider par l'apprentissage par renforcement qui est un acquis en adaptation permanente. Il s'agit de la mémoire implicite ou performative dans les ganglions de la base [4]. La somme des expériences de vie est en réévaluation constante et intégrée

à la somme précédente. L'évaluation du rôle du sommeil (à ondes lentes) et du rêve (ondes delta-thêta) dans l'apprentissage par renforcement est toujours en cours. Les ganglions de la base constituent non seulement un pilotage moteur automatique du comportement, mais aussi une estimation de la valeur émotionnelle qu'un comportement devrait représenter quand on passe à l'acte. Quand le résultat d'un acte apporte plus de gratification qu'anticipée, ce comportement sera « renforcé ». Quand le résultat d'un acte apporte moins de récompense qu'anticipé, ce comportement sera « dévalorisé » [5,6]. Il représente la réaction spontanée du sujet envers son entourage et la souplesse des mouvements adaptés, caractéristiques que les Chinois avaient attribuées au bon fonctionnement du libre cours du *qi* et du Sang du Foie. C'est l'essentiel de l'apprentissage par renforcement. Les syndromes chinois peuvent être définis comme des styles d'aménagement manqué.

Remarquons que nous venons de définir des propriétés essentielles du Foie chinois. La frustration dysphorique représente la stagnation du *qi* (fonction limbique). La mémoire performative des répertoires de mouvements dans les ganglions de la base représente le libre cours du *qi* et du Sang (exécution sensorimoteur) et sa fonction d'aplanir et de distribution équitable.

Les déficiences du Sang et du *yin*

Les deux déficiences, celle du Sang et celle du *yin*, sont des sœurs jumelles qui partagent la plupart de leurs symptômes secondaires : la bouche et la langue sèche, bourdonnement d'oreilles, troubles de l'équilibre, se saisir avec un sursaut, hyperactivité etc. L'essentiel de leur différence est facilement compris dans la description du syndrome de l'hyperesthésie émotionnelle. La partie hyperesthésique de la déficience du Sang représente l'hyperreflexie sensorimotrice, celle de la déficience du *yin* l'hyperémotionnalité, chez la femme synchronisée au cycle hormonal.

L'organe principal dans la production du Sang est la Rate. La sphère émotionnelle de la Rate est la crainte objective, le *si*. La crainte est appelée « objective » parce que le sujet connaît l'objet de sa crainte. La crainte

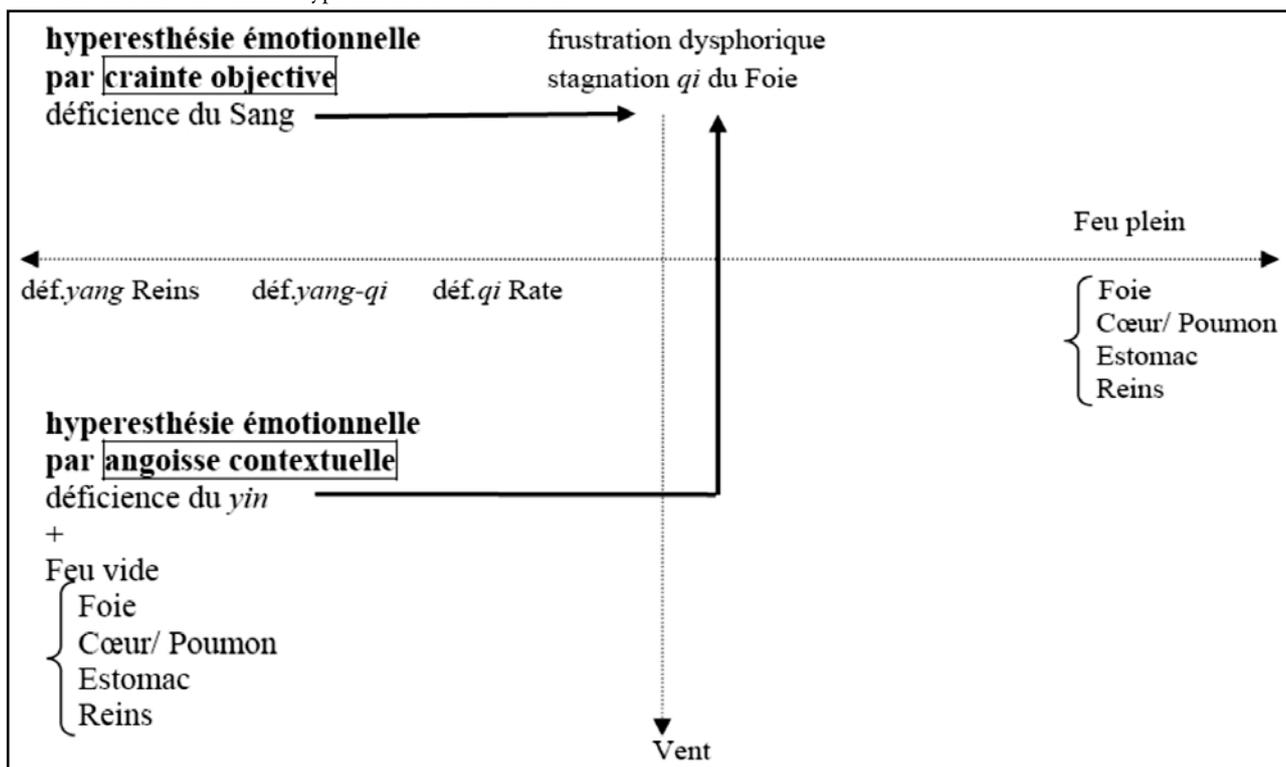
objective lèse la Rate et conduit à une production stagnante du Sang (Tableau IV). La crainte objective forme la psychogénèse de la déficience du Sang, ce qui résulte par exemple à une insomnie d'endormissement (insomnie de type névrotique).

L'organe principal dans la production du *yin* sont les Reins. La sphère émotionnelle des Reins est l'anxiété contextuelle, le *jing* et le *kong*, des formes d'appréhension (Tableau I). L'anxiété est appelée contextuelle parce que l'objet de la crainte objective initiale a disparu depuis longtemps mais le sujet est resté conditionné par le contexte dans lequel la crainte s'était produite. Il y a une défaillance dans l'extinction de ce contexte. L'anxiété contextuelle lèse les Reins et résulte en une production stagnante du *yin*. L'anxiété contextuelle est la psychogénèse de la déficience du *yin*, ce qui conduit par exemple à une impatience. (Tableau IV)

Rappelons que le Sang et le *yin* doivent nourrir le *qi* du Foie et que, s'ils se trouvent en déficience, le *qi* va stagner et provoquer la frustration dysphorique, parce que la crainte et l'anxiété font baisser le seuil de tolérance, rendent le sujet plus vulnérable à une perte. Le perfectionnisme conduit souvent à la frustration dysphorique quand les efforts ne sont pas suivis des remerciements ou louanges auxquels le sujet s'attendait. En plus il est hypersensible à la critique.

La frustration dysphorique peut évoluer de deux manières : par compensation décrite par le syndrome chinois, le Foie qui domine l'Estomac, ou par décompensation dans les trois syndromes de déficiences *yang-qi* qui graduellement deviennent plus sévères (tableaux V & VI). Le Foie qui domine la Rate présentera une anorexie, une irritabilité qui épuise, les mains et les pieds froids. La compensation [7] peut se faire par stimulation de l'appétit oral et/ ou sexuel. Une hédonie orale se déclare pour les sucreries, le chocolat ou d'autres produits addictifs parce que cette compensation à la récompense manquée ne dépend pas des autres. Si l'affirmation de soi dépend des autres, et si les autres ne l'accordent pas, le sujet peut toujours compenser en mangeant. Si le patient présente tous les symptômes d'une dépression majeure mais sans l'anorexie, on parle de dépression atypique [8].

Tableau IV. Deux formes de l'hyperesthésie émotionnelle.

**Le Foie domine la Rate****Le Foie domine l'Estomac****Le Foie met du Feu au Phlegme**

Une hédonie sexuelle peut s'installer pour la même raison : on retombe sur une hédonie innée inconditionnelle. La stagnation du *qi* du Foie anime la Chaleur de l'Estomac en Feu, ou mobilise le *yang* des Reins (porte de Vitalité, *mingmen*).

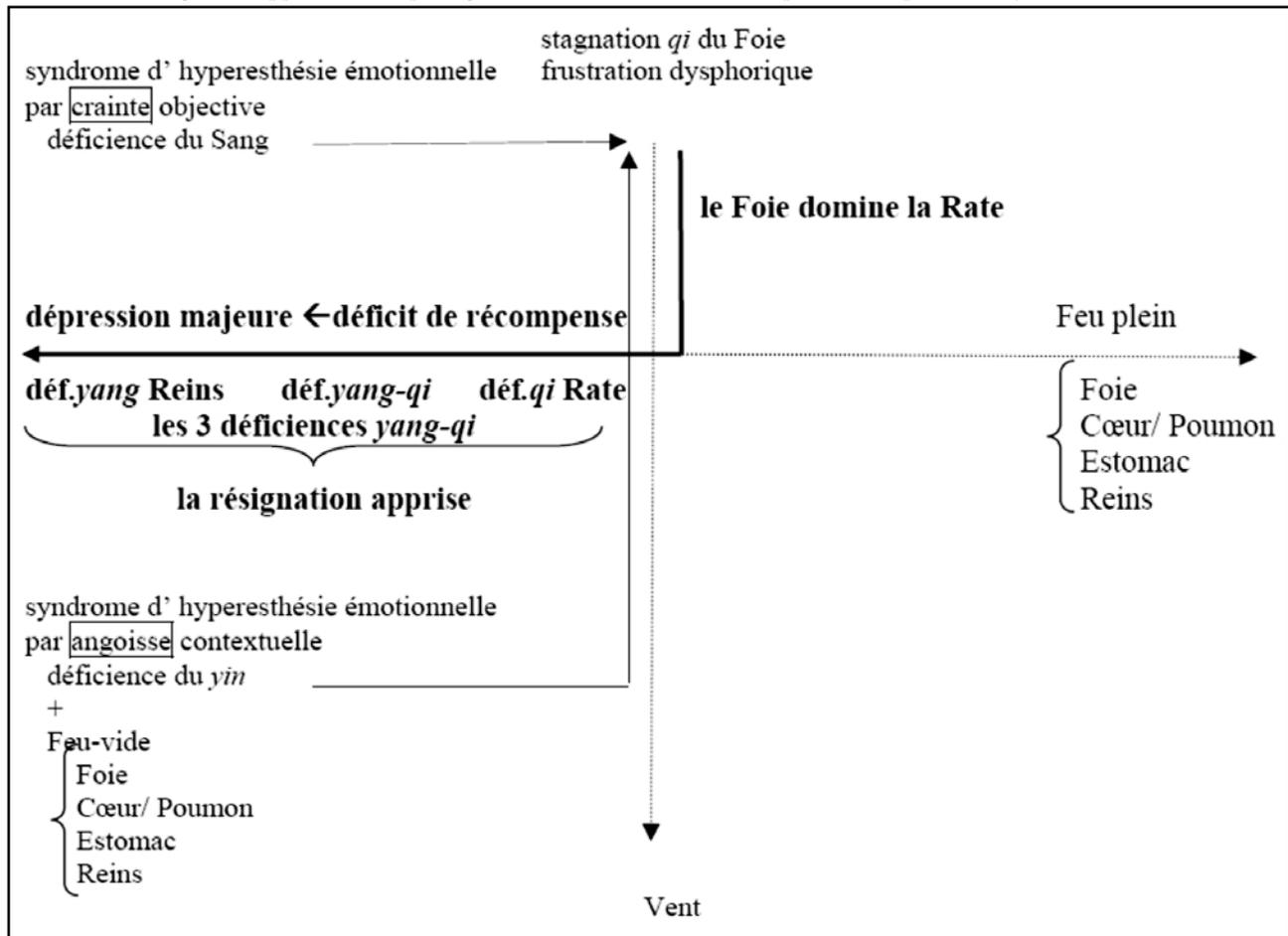
La déficience du *qi* de la Rate**La déficience du *yang-qi* combinée (Rate et Reins)****La déficience du *yang* des Reins**

La décompensation, étudiée dans le modèle des « chronic mild stresses » [9], peut se faire par démotivation quand toutes les issues possibles pour résoudre la frustration ont échoué et quand le sujet abandonne définitivement, par découragement et désespoir. Il y a une anhédonie qui s'annonce, d'abord pour la récompense orale dans la déficience du *qi* de la Rate, ensuite pour la récompense sexuelle dans la déficience du *yang* des Reins, qui se surajoute quand la décompensation se développe en dépression majeure. Une asthénie se déclare

qui sera prédominante le matin ou à chaque démarrage d'activité. Le Foie domine la Rate (anhédonie orale), épuise le *qi* (démotivation/ burn out), puis le *yang-qi* (mains et pieds froids/ frilosité qui s'annonce) et finalement le *yang* des Reins (anhédonie sexuelle/ hypothermie centrale).

Le paradigme occidental en neurosciences qu'on emploie pour mesurer la phase de décompensation du déficit de récompense est nommé : la résignation apprise (Tableau IV). La résignation apprise est mesurable par le test de la nage forcée (test de Porsolt) [10] avec lequel on peut mettre en évidence l'effet antidépresseur d'un médicament psychotrope [11]. Le rat est mis dans un tonneau, rempli à moitié d'eau, d'où il ne peut pas sortir (inescapable stress). Quand le rat a appris après exploration qu'il n'y a pas d'issues, il se résigne et se laisse flotter (immobilisation). Les chercheurs admettent qu'un médicament a un effet antidépresseur si le temps

Tableau V. La résignation apprise comme pathogénésie allant du déficit de récompense à la dépression majeure.



que le rat met à explorer à nouveau se prolonge. La résignation apprise est un des modèles pour expliquer la dépression majeure en médecine classique.

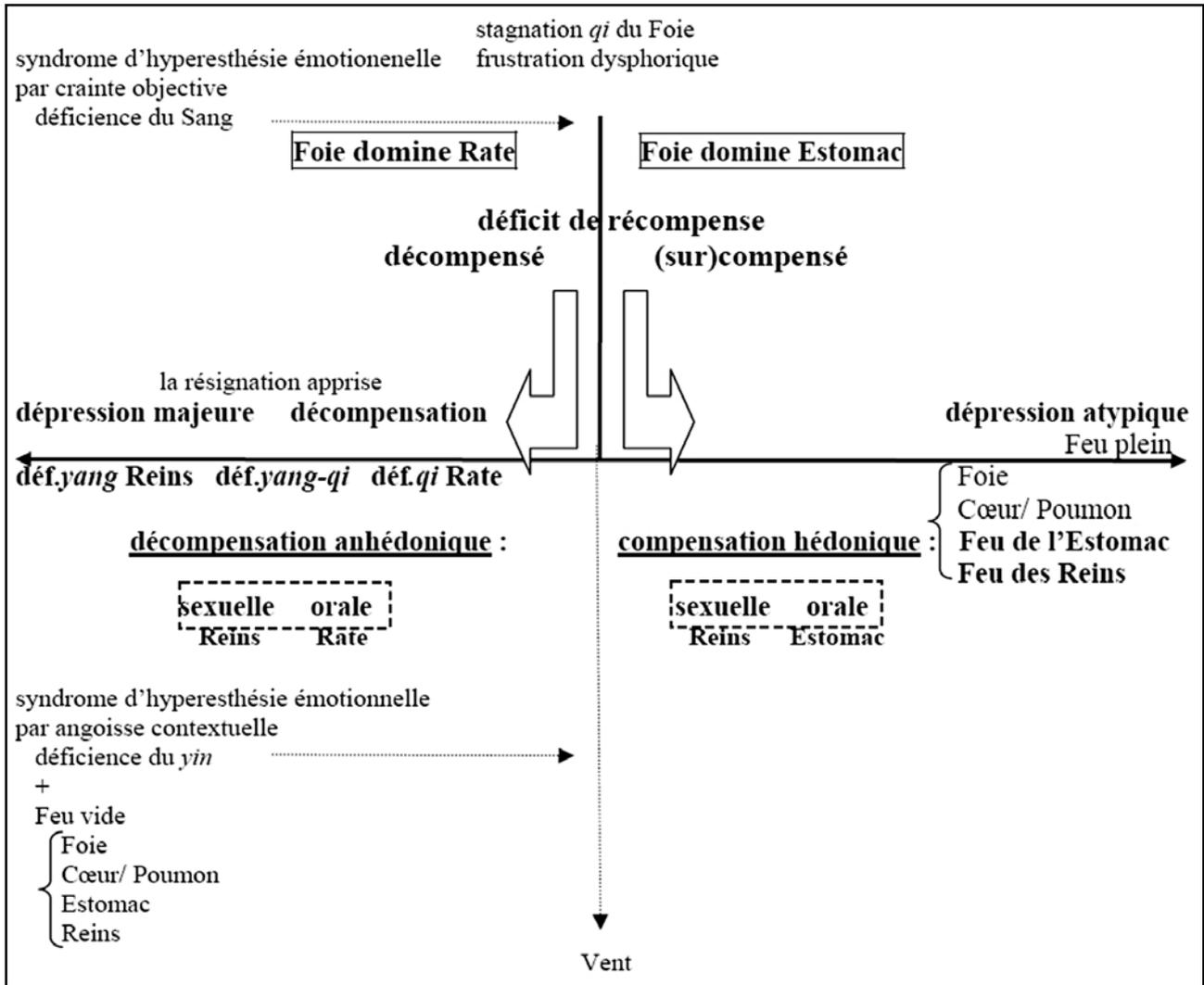
Nous proposons la phase de décompensation dans le syndrome du déficit de récompense comme équivalence occidentale la plus proche de la conception chinoise de la déficience du *qi* :. La dénomination commune pour les trois déficiences du *yang-qi* est la résignation apprise. La déficience du *yang* des Reins équivaut à la dépression majeure, stade terminal du processus.

-> L'équivalent de la déficience du *qi* de la Rate en psychologie occidentale est le syndrome du déficit de récompense. Il y a deux formes, la forme compensatoire de l'addiction [12] et la forme décompensée de la résignation apprise (learned helplessness) [13], qui est le paradigme modèle (et graduel) de la dépression majeure (en phase terminale) [14] (Tableau VI).

L'interférence proactive : inhibition

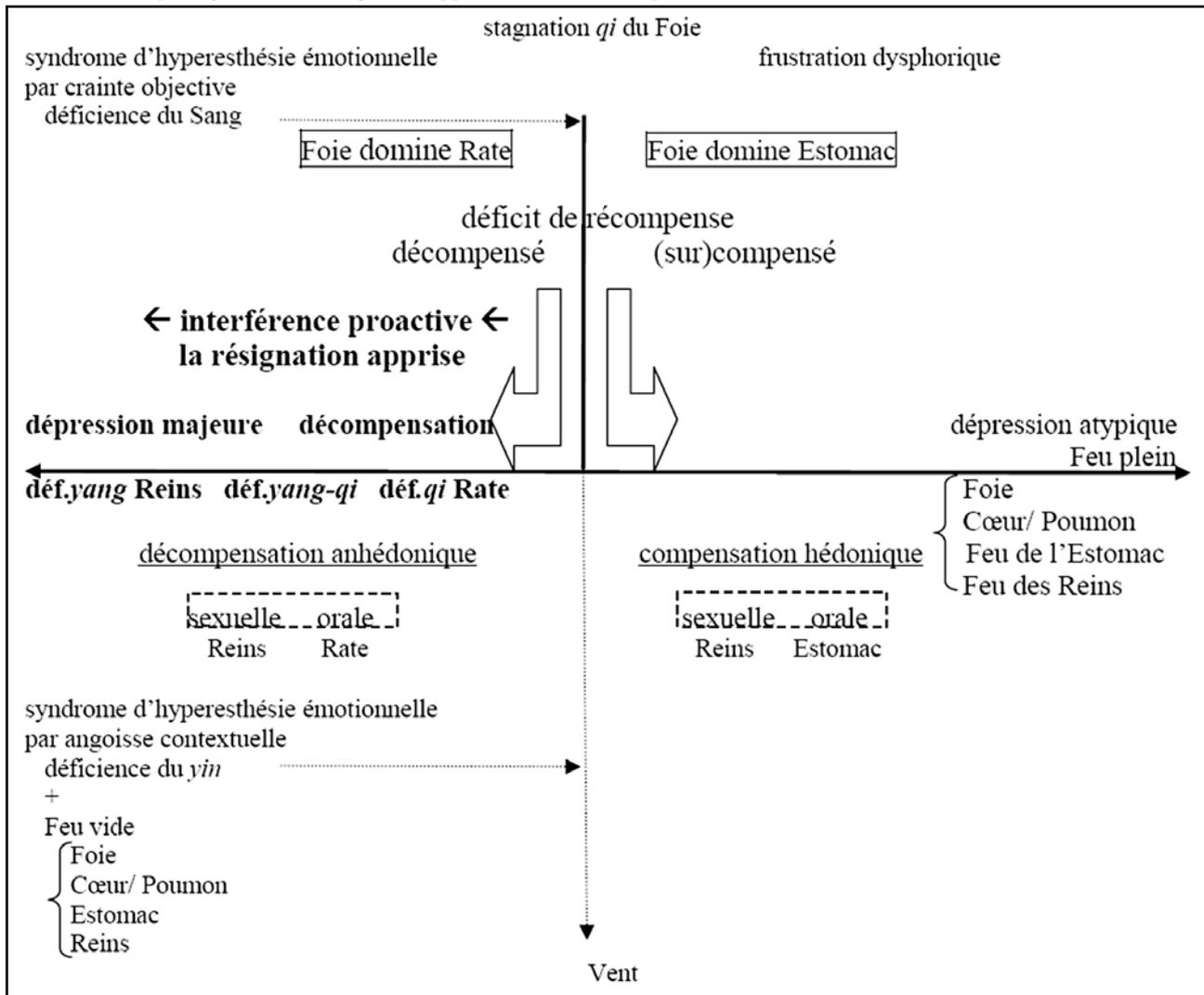
Comment expliquer les troubles de concentrations et de la mémoire déficitaire dans la déficience combinée du Sang et du *qi* qui sont attribuées au Cœur en *zangfu*? La crainte objective lèse la Rate dont l'émotion *si* représente la réflexion préoccupée, l'anticipation négative, l'imagination d'un déroulement nocif. La Rate déficiente n'est plus en mesure de fournir du *qi* et du Sang à l'Empereur, pour le nourrir, l'enraciner dans sa cour, lui donner la paix d'âme. Plus grande la crainte, plus grande sera l'inquiétude du *shen* du Cœur. Il se développera une inquiétude mentale et une agitation physique. Le *shen* se présente comme un Empereur qui craint un coup d'état, une révolution dans son palais. Il est tellement préoccupé, qu'il ne jouit plus de rien, n'attache plus d'importance à rien. Il n'a plus le Cœur à se réjouir aux petites histoires de ses valets, il est confus

Tableau VI. Le déficit de récompense se développe sous forme de dépression atypique en cas de compensation et sous forme de dépression majeure en cas de décompensation.



et distrait. Il ne s'intéresse qu'à son conseiller principal, dont les anticipations préoccupées le déroutent et le mettent dans un état d'excitation et d'épuisement. La préoccupation, qui bloque d'une manière proactive les informations à venir, parce que celles-ci sont considérées insignifiantes, futiles et triviales d'avance, est appelée l'interférence proactive. Un problème majeur occupe la mémoire et étouffe, en les inhibant, toute entrée d'autres informations. Il y a une amnésie antérograde qui s'installe. Nous proposons le principe de l'interférence proactive inhibante comme la pathogénèse des troubles de concentration et de la mémoire déficitaire dans la déficience du *qi* et du Sang

du Cœur (Tableau VII). Le Cœur mal nourri, manque la joie de vivre *xi* et s'en trouve déraciné. L'interférence proactive [15] est représentée anatomiquement par les structures de la substance innominée avec le noyau basal de Meynert qui entretient la mémoire de travail. En médecine classique on emploie les inhibiteurs de la cholinestérase pour augmenter le taux d'acétylcholine dans les circuits cholinergiques de la substance innominée. Nous présenterons dans un des numéros prochains de cette revue, un article sur la cartographie en auriculothérapie avec la présentation encore inédite de la projection de la substance innominée sur l'oreille pour traiter l'interférence proactive.

Tableau VII. La pathogénèse de la résignation apprise est l'interférence proactive.


Conclusions

Nous avons présenté une introduction à la psychogénèse des syndromes chinois en attachant des paradigmes occidentaux au synopsis clinique (l'anti-sèche de l'étudiant). Nous énumérons dans le tableau VIII quelques équivalences entre les syndromes chinois et ces paradigmes occidentaux.

Nous proposons une équivalence entre la frustration dysphorique et la stagnation du *qi* du Foie. Une dysphorie, qui en s'aggravant, se manifeste dans une agressivité défensive tout comme la stagnation du *qi* du Foie se transforme facilement en Feu du Foie.

L'hyperesthésie émotionnelle est représentée dans

deux syndromes chinois, la déficience du Sang et la déficience du *yin*. La déficience du *yin* se traduit par un comportement hyperémotionnel alors que celle du Sang se traduit elle par une hyperréflexie sensorimotrice. Le Sang et le *yin* nourrissent le Foie et leur carence facilite la stagnation du *qi* du Foie.

L'appréhension en médecine classique connaît deux paradigmes expérimentaux : la crainte objective et l'angoisse contextuelle. Leur corrélation chinoise est respectivement représentée par l'émotion de la Rate et celle des Reins. La crainte et l'angoisse induisent une interférence proactive avec des troubles de la mémoire par distraction.

Tableau VIII. Quelques équivalences psychogénétiques entre les 2 médecines.

syndrome chinois	apprentissage par renforcement	fonction limbique
déficience du Sang stagnation du <i>qi</i> du Foie	syndr. de l'hyperesthésie émotionnelle dysphorie frustrative	crainte objective seuil de tolérance
le Foie dominant la Rate	déficit de récompense	refus de dévaluation
déficience du <i>qi</i> de la Rate déficience du <i>yang-qi</i> déficience du <i>yang</i> des Reins	décompensation dépression majeure	la résignation apprise par interférence proactive
déficience du <i>yin</i> des Reins	syndr. de l'hyperesthésie émotionnelle	angoisse contextuelle
Feu du Foie Feu de l'Estomac Feu des Reins	agression défensive « dépression » atypique hypersexualité	rage compensation orale compensation génitale

Une déficit de la récompense, se manifeste en surcompensation par une dépression atypique (boulémique) et en décompensation par une dépression majeure. La dépression atypique est une forme de Feu de l'Estomac. La résignation apprise en médecine classique est le paradigme de la dépression majeure. Cette résignation apprise est représentée par les trois déficiences *yang-qi*. Utilisant les paradigmes occidentaux cités, nous allons essayer de développer un système de synthèse en ajoutant les substrats anatomiques responsables dans les articles futurs de cette série.



D^r Jean Pierre J. Fossion
93, Jan Breydellaan - 8200 Brugge/ Belgique
✉ fossion5@netscape.net

Références

1. Fossion JPJ. Un synopsis clinique chinois. *Acupuncture & Moxibustion* 2007; 6(2):22-30.
2. John O'Connor, Dan Bensky. *Acupuncture, a comprehensive text* - Shanghai College of Traditional Medicine. Eastland Press. Seattle 1987.
3. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev*. 1986 Autumn;4(3):167-226.
4. Miyachi S. Differential activation of monkey striatal neurons in the early and late stages of procedural learning. *Exp Brain Res*. 2002 Sep;146(1):122-6. Epub 2002 Jul 26.
5. Seymour B. Differential encoding of losses and gains in the human striatum. *J Neurosci*. 2007 May 2;27(18):4826-31.
6. Pagnoni G. Activity in human ventral striatum locked to errors of reward prediction. *Nat Neurosci*. 2002 Feb;5(2):97-8.
7. Bowirrat A. Relationship between dopaminergic neurotransmission, alcoholism, and Reward Deficiency syndrome. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2005; Jan 5;132(1):29-37.
8. Jensen J. Separate brain regions code for salience vs. valence during reward prediction in humans. *Hum Brain Mapp*. 2007 Apr;28(4):294-302.
9. Sergeev V. Neuropeptide expression in rats exposed to chronic mild stresses. *Psychopharmacology (Berl)*. 2005 Mar;178(2-3):115-24.
10. Schulz D. Extinction-induced immobility in the water maze and its neurochemical concomitants in aged and adult rats: a possible model for depression. *Neurobiol Learn Mem*. 2004; Sep;82(2):128-41.
11. Thiebot MH. Animal behavioural studies in the evaluation of antidepressant drugs. *Br J Psychiatry Suppl*. 1992; Feb;(15):44-50.
12. Coricelli G. Brain, emotion and decision making: the paradigmatic example of regret. *Trends Cogn Sci*. 2007 Jun;11(6):258-65. Epub 2007 May 1.
13. Shumake J. Brain systems underlying susceptibility to helplessness and depression. *Behav Cogn Neurosci Rev*. 2003; Sep;2(3):198-221.

14. Gjerris A. Vasoactive intestinal polypeptide decreased in cerebrospinal fluid (CSF) in atypical depression. Vasoactive intestinal polypeptide, cholecystokinin and gastrin in CSF in psychiatric disorders. *J Affect Disord.* 1984; Dec;7(3-4):325-37.

15. Caplan JB. Two Distinct Functional Networks for Successful Resolution of Proactive Interference. *Cereb Cortex.* 2006 Sep 12.



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

Anita Bui

Acupuncture et céphalées en urgence hospitalière. Une étude rétrospective (hôpital Lariboisière)

Résumé : C'est une étude rétrospective des dossiers de patients vus aux urgences céphalées du 1/1/2002 au 31/12/2004. Elle concerne 81 patients traités par acupuncture sur un total de 778. Elle montre l'apport positif de l'acupuncture dans le traitement des céphalées aux urgences en observant des critères de sélection précis. On note particulièrement son intérêt dans le suivi à long terme des céphalées chroniques quotidiennes. **Mots-clés :** acupuncture - céphalées - urgence.

Summary: It is a retrospective study of the patients files seen with in the headache emergency from the 1st/1/2002 to the 31th/12/2004. It concerns 81 patients treated by acupuncture out of 778. It shows the positive acupuncture contribution in the treatment of the cephalgias at the emergency by observing of precise criteria selection. Its interest is particularly obvious in the follow-up of the daily chronics headaches. **Keywords:** acupuncture - headache - emergency.

Introduction

Unique centre de traitement d'urgence des maux de tête en Europe, le Centre d'Urgences Céphalées (CUC) de l'hôpital Lariboisière a ouvert ses portes en septembre 2000. Une équipe de spécialistes s'était formée autour du Docteur Dominique Valade, neurologue. Le succès de cette entreprise fut immédiat, comme en témoignèrent de nombreuses études publiées depuis.

Le traitement par acupuncture dans un service d'urgence est un fait rare en France. « *La médecine occidentale sauve, la médecine orientale guérit !* » dit-on en Chine. La guérison implique une notion de temps plus ou moins long, le sauvetage doit être immédiat ; on applique ici dans le service d'urgence une technique orientale qui doit faire ses preuves dans l'immédiat. C'est un défi et une expérience intéressante du point de vue scientifique et humain.

Méthodologie

Patients et cadre de l'étude

Notre travail est une étude rétrospective sur les dossiers du 1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2004 dans le cadre des urgences céphalées.

La variété des pathologies rencontrées exige une démarche diagnostique rigoureuse car des accidents vasculaires gravissimes avec hospitalisation sont toujours à craindre. Ceci explique la vigilance constante des médecins, le pronostic vital pouvant toujours être en jeu.

Le médecin acupuncteur, dans cette ambiance stressante doit pouvoir faire, quant à lui, une double démarche diagnostique : à l'occidentale d'une part, afin d'écarter toute pathologie qui requiert un traitement neurochirurgical d'urgence, à l'orientale d'autre part, pour obtenir une efficacité du traitement aussi bonne que possible dans l'immédiat.

Une fois par semaine, le CUC de l'hôpital Lariboisière bénéficie de la présence d'un médecin anesthésiste acupuncteur.

La population étudiée est celle qui est concernée par l'acupuncture selon les critères de sélection et sur proposition du médecin. Elle concerne les femmes et les hommes, sans critère d'âge.

Nous avons vu au total 778 patients, 81 patients ont reçu un traitement par acupuncture. Sur ces 81 patients, il y a 61 femmes, 20 hommes.

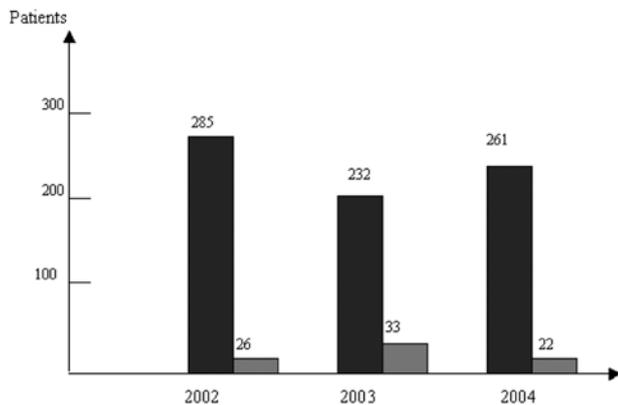


Figure 1. Répartition des patients selon les années.

Pour l'année 2002 : 285 patients dont 26 ont eu une séance d'acupuncture aux urgences, en 2003 : 232 patients dont 33 traités par acupuncture, en 2004 : 261 patients dont 22 traités par acupuncture (figure 1).

Les critères de sélection

Le profil évolutif de la céphalée est capital pour les critères de sélection, ainsi les critères d'inclusion sont basés essentiellement sur des céphalées chroniques primaires, qu'elles soient paroxystiques ou continues ; les céphalées d'apparition récente sont exclues de l'étude. Les pathologies concernées et leur fréquence sont illustrées par le tableau I.

Tableau I. Pathologies concernées.

Pathologie	Fréquences
Migraines sans aura MSA 37 cas	46,6%
Migraines avec aura MAA 2 cas	2,4%
Céphalées Chroniques Quotidiennes CCQ par abus médicamenteux 24 cas	29,6%
Céphalées de tension 10 cas	12,3%
Céphalées post-traumatiques 2 cas	2,4%

Névralgies du trijumeau 1 cas	1,2%
Céphalées avec cervicalgies 2 cas	2,4%
Céphalées liées à des problèmes psychiatriques 1 cas	1,2%
Sinusites chroniques 1 cas	1,2%
Céphalées post-zostériennes 1 cas	1,2%

Protocole de traitement par acupuncture

Dans un cadre aussi particulier qu'est un service d'urgences, le travail du médecin acupuncteur n'est pas aisé. Il doit faire face à des patients algiques, anxieux, la plupart du temps épuisés ; il travaille dans une atmosphère de drames multiples. Il faut faire vite, avoir des résultats immédiats. Le protocole de traitement dans ces conditions peut être différent de celui d'une consultation paisible où le médecin a tout loisir pour réfléchir.

Nous distinguons celui pratiqué pour les migraines, et les différentes méthodes adaptées pour d'autres pathologies.

Les migraines

C'est la pathologie la plus fréquente. Elle représente pratiquement la moitié des pathologies rencontrées. Nous traitons ici la migraine sans aura (MSA), en effet même quand elle est avec aura, nous sommes toujours en présence de céphalées seules car l'aura annonce le plus souvent la céphalée et elle est terminée lorsque celle-ci commence. Cinq points sont piqués systématiquement : *yintang*, *hegu* GI4, *baihui* DM20, *zusanli* E36, *taichong* F3.

D'autres points sont ajoutés selon la localisation de la douleur :

- douleurs frontales avec nausées, vomissements : *touwei* E8, *zhongwan* VC12, *fenglong* E40

- douleurs temporales : *taiyang*, *hanyan* VB4, *xuanlu* VB5, *fengchi* VB20

- douleurs occipitales : *tianzhu* V10, *houding* DM19

Les céphalées de tension et post-traumatiques

Nous maintenons les cinq points du traitement des MSA. Nous ajoutons *yanglingquan* VB34 et les points douloureux locaux (*ashi*).

Les céphalées chroniques quotidiennes

Aux cinq points des MSA, nous ajoutons *shuaigu* VB8.

Les névralgies du trijumeau

DM20, GI4, *quanliao* IG18, *dicang* E4, *daying* E5, *jiache* E6, VB34 puncture à l'opposé.

Céphalée avec cervicalgies

DM20, GI4, *tianchuang* IG16, V10, *fengfu* DM16, *tianjing* TR10.

Céphalées liées à des problèmes psychiatriques

Aux cinq points systématiques, nous ajoutons *jiexi* E41.

Sinusites chroniques

DM20, *shangxing* DM23, GI4, *quchi* GI11, *yintang*, *yingxiang* GI20

Céphalées post-zostériennes

Il s'agit d'un zona auriculaire. Points auriculaires. *Tinggong* IG19, GI4, *tinghui* VB2.

Analyse

La population

Plus de 10% de patients ont reçu le traitement par acupuncture pendant cette période. Les femmes représentent 75% des patients retenus, les migraines 48% des pathologies traitées, ces deux chiffres reflètent bien l'épidémiologie des pathologies du CUC.

L'hôpital Lariboisière est situé dans le 10^e arrondissement, quartier de la gare du Nord. La population y est particulièrement hétérogène, notre étude reflète bien cette hétérogénéité, elle est composée de patients de l'Afrique noire, du Maghreb, de l'Europe de l'est, de l'Asie. Dans notre étude nous avons la surprise de voir que la médecine traditionnelle chinoise est bien connue et bien acceptée dans le Maghreb : par rapport à l'ensemble de la population maghrébine et chinoise recensée dans notre étude, 18 patients du Maghreb ont accepté ce traitement contre 2 chinoises ! Nous notons 10 patients de l'Afrique noire, 2 de l'Europe de l'est, un Grec. Au total nous comptons 33% d'étrangers.

Cette population mixte a ses caractéristiques propres : l'immigration et sa précarité, le chômage et ses angoisses, les douleurs traduisent souvent une souffrance insupportable, le traitement doit rendre compte de ce facteur.

Le traitement

Devant un patient hyperalgique, le diagnostic doit être fait le plus rapidement possible pour instaurer un traitement dans le meilleur délai.

C'est le cas de la crise de migraine, où l'échelle visuelle analogique (EVA) est à 10. Lorsqu'il n'y a pas de contre-indication nous prescrivons immédiatement une perfusion (1g de Perfalgan®, ou 100mg de Profénid®, 20mg de Tranxène®, Primpéran®).. Nous proposons l'acupuncture si le patient refuse la perfusion ou bien s'il existe une contre-indication aux produits de la perfusion. Il arrive qu'après une perfusion, le patient ne soit pas soulagé, l'acupuncture peut alors être proposée. Pour un cas de migraine avec aura chez une femme enceinte, nous avons prescrit une oxygénothérapie qui s'est révélée inefficace, l'acupuncture a été utile.

La deuxième pathologie la plus fréquente est le passage à la chronicité de la migraine : les céphalées chroniques quotidiennes (CCQ par abus de médicaments). Il s'agit de patients déprimés, épuisés par des douleurs quotidiennes, ils sont poly-médicamentés depuis des années, c'est une population qui revient le plus souvent à la consultation, sur 24 patients atteints de cette pathologie, 7 reviennent au moins 2 fois, une patiente a même consulté 5 fois ! Ils sont souvent conscients de leur dépendance aux médicaments et de la nécessité d'un sevrage. Deux d'entre eux ont déjà été hospitalisés pour sevrage d'antalgiques. Dans de telles situations la médecine dite douce leur paraît alors une solution séduisante. C'est le bon profil pour proposer un traitement par acupuncture.

Les céphalées de tension, au nombre de 10 cas, sont celles qui répondent le plus favorablement au traitement par acupuncture. Comparées à l'échelle d'évaluation visuelle analogique de la crise de la migraine, ces céphalées ont une intensité bien moindre : EVA= 4-5,

elles sont continues, chroniques, dues le plus souvent au stress de la vie quotidienne. Sans pathologie associée, elles répondent aussi favorablement à un traitement allopathique.

Dans des cas difficiles où persiste un doute de diagnostic, ou dans le cas de pathologies associées, les investigations d'imagerie et de biologie sont parfois nécessaires, ainsi que la consultation d'un spécialiste.

Parmi les pathologies associées, nous notons le plus souvent des dépressions, surtout chez les migraineux aux longs parcours (12 cas), un cancer du sein pour lequel une IRM a été demandée, des cervicalgies qui posent le problème de raideur de la nuque, nous avons eu recours à l'ophtalmologiste pour un cas d'hypertension artérielle où le fond d'œil ne nous paraissait pas tout à fait satisfaisant, en outre un scanner cérébral a été demandé, la normalité de ces investigations nous permettait alors de pratiquer l'acupuncture. Les douleurs de crises de migraines que les patients décrivent comme différentes ont aussi motivé les 3 demandes de scanner cérébral : les résultats de ces 3 demandes se révélèrent tous normaux.

Discussion

Dans l'immédiat

L'amélioration immédiate des migraines après le traitement par acupuncture est effective pour 10 patients sur 39 dont 2 patientes sont totalement soulagées. Parmi ceux qui ne sont pas soulagés (29), 2 patients ont bénéficié d'un traitement allopathique après l'acupuncture (anti-inflammatoires Biproférid[®]150, Apranax[®]), les autres patients repartant sans traitement, en fin de crise. Parmi les cas de céphalées chroniques continues (les céphalées de tension et les céphalées post traumatiques) seuls deux ne répondirent pas au traitement. Un autre reçut une perfusion avant la séance d'acupuncture : le soulagement revint-il à l'action retardée de la perfusion ou à l'acupuncture ?

Les céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux sont celles qui répondent le moins au traitement acupuncture : 6 patients concernés ont trouvé une amélioration, mais nous notons que dans cette

population il existe une forte proportion de patients dépressifs.

Les autres pathologies traitées par acupuncture ont été améliorées comme les cas de douleurs post-zostériennes et de névralgie du trijumeau ; les sinusites et les cervicalgies ont guéri totalement ; par contre dans le cas de céphalées liées à une pathologie psychiatrique, nous n'avons pas observé d'amélioration (Tableau II).

Tableau II. Résultats dans l'immédiat.

Pathologies	Soulagement total	Amélioration	Pas de changement
Migraines	5%	20%	75%
Céphalées Chroniques Quotidiennes par abus médicamenteux		25%	75%
Céphalées de tension	80%	18%	2%
Névralgie du trijumeau	100%		
Sinusites chroniques	100%		
Céphalées avec cervicalgies	100%		
Céphalées post-zostériennes	100%		
Céphalées liées à une pathologie psychiatrique			100%

Pour les migraineux, le soulagement total a un score modeste. Cela peut être expliqué par les conditions du traitement : les patients sont dans des box à deux, la présence d'un autre malade à proximité peut être un facteur d'insécurité qui génère le stress et diminue par là même l'efficacité du traitement. La possibilité d'une perfusion influe-t-elle sur ce résultat ? Le choix des points est-il non pertinent ? C'est probable. Nous avons dû perfuser deux malades après les séances d'acupuncture. Cependant plus de la moitié des patients se sont trouvés améliorés.

Les céphalées chroniques quotidiennes demeurent difficiles à traiter, tant en acupuncture qu'en allopathie. C'est un problème d'addiction, d'habitude de vie qui doit être abordé et réglé. Dans un cadre de médecine d'urgence, cela paraît illusoire.

L'échec du traitement des céphalées avec association d'une pathologie psychiatrique, ici une psychopathie

Tableau III. Résultats à long terme.

Pathologies	Nombres de patients	Nombres de patients suivis	Traitement	Résultats
Migraines MSA, MAA	39	10 suivis 1 an à plus	Acupuncture Traitement de fond Traitement de crise	Diminution des crises. Amélioration de la qualité de vie
CCQ	24	15 suivis 1 an à plus	Acupuncture sevrage	« Normalisation » de la maladie. Amélioration nette de la qualité de vie
Céphalées de tension	10	2 inférieur à 1 mois	Relaxation	?
Névrалgie du trijumeau	1	1 suivi 1 an à plus	Acupuncture Rivotril®, Epiteomax®...	Récidive
Sinusites	1	0		Guérison
Céphalées post-zostériennes	1	1 suivi 3 mois	Acupuncture Neurontin® 1 mois	Guérison
Céphalées avec cervicalgies	1	0	Acupuncture	Guérison
Céphalées post-traumatiques	1	0	Acupuncture Rivotril®AINS	Guérison

bipolaire, ne veut pas signifier que l'acupuncture ne peut pas être pratiquée, mais il montre la difficulté de soigner de tels malades dans un cadre aussi stressant.

Les céphalées de tension bénéficient de résultats spectaculaires, la détente musculaire apportée par l'acupuncture est déterminante dans ce soulagement.

Quant aux autres pathologies, à part la névralgie du trijumeau, elles ne présentent pas une chronicité importante ; or le caractère plus « récent » paraît être un élément favorable à l'acupuncture.

A long terme

Sur 39 dossiers de patients migraineux, nous avons un suivi de un an et plus pour 10 patients (des femmes). Pour trois patientes, elles « gèrent » bien leur handicap sans consultation particulière. Les autres, nous les voyons 2 à 3 fois par an au centre d'évaluation et de traitement de la douleur à Cochin pour un suivi par acupuncture et surveillance du traitement en cours, pour elles aussi la qualité de vie s'améliore d'une façon importante grâce à la diminution des crises. La maladie bien expliquée, le processus déclenchant bien connu, les patients maîtrisent mieux les crises. Quant aux autres patients, nous n'avons pas pu les contacter.

Dans le groupe des céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux, nous proposons un traitement de sevrage : Laroxyl® 5 gouttes le soir, à augmenter progressivement selon les résultats obtenus et nous ajoutons 3 à 5 gouttes de Rivotril® pour des phénomènes de contractions musculaires liés à la douleur et un traitement de crises importantes par un Tryptan. Sur 24 dossiers, nous suivons 15 patients au centre d'anti-douleur de Cochin, une séance d'acupuncture par semaine dans le premier mois du traitement de sevrage, les résultats sont excellents. Certains malades déclarent « revivre ». L'accompagnement du médecin en début de sevrage avec une écoute attentive, le respect rigoureux des prescriptions rassurent le patient et l'aident à abandonner l'habitude d'une auto-médication à effet désastreux pour l'avenir. On retrouve ainsi une « normalisation » de la maladie : des crises de migraines dont les facteurs déclenchants sont bien connus et reconnus. Nous n'avons pas de nouvelles dans le groupe des céphalées de tension ; 2 patients se sont vus proposer des séances de relaxation au centre anti-douleur de Cochin, mais ne persévèrent pas dans cette voie.

La patiente présentant une névralgie du trijumeau fut suivie pendant un an au centre, le soulagement fut de courte durée mais elle a pu diminuer d'une façon significative la posologie de Rivotril®.

La douleur post-zostérienne auriculaire chez une malade jeune présenta un excellent résultat ; revue quelques mois après l'épisode aigu, elle ne présentait aucune séquelle, la guérison fut complète ; nous pouvons le dire aussi des 2 cas de sinusites (tableau III).

Conclusion

Cette étude présente un aspect jusque là inconnu de l'acupuncture : son intégration dans une unité de soins d'urgence. Pendant trois ans, un travail de sélection rigoureuse auprès de la population qui consulte au centre de céphalées urgences a permis de dégager un groupe de patients assez significatif pour en tirer une expérience originale et instructive. Nous voyons dans notre étude que la plupart des patients ont reçu un traitement allopathique, mais quand ce traitement devint inefficace, l'acupuncture apporta un soulagement dans

l'immédiat. Les résultats furent moins bon à long terme. Cependant on peut noter une notion importante concernant le suivi des patients de céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux : les séances rapprochées d'acupuncture permettent une amélioration très nette de la qualité de vie des malades ; en apportant un traitement issu d'une tradition plusieurs fois millénaires, en favorisant la surveillance du traitement, elles empêchent la dérive « médicamenteuse », elles rassurent les patients qui se sentent moins seuls dans cette lutte contre la maladie. Nous souhaitons que cette étude puisse permettre à l'avenir une possibilité thérapeutique nouvelle pour les céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux. Nous pensons que les limites de la médecine actuelle justifient l'ouverture à la médecine orientale pour le plus grand bien des patients.



Docteur Anita BUI
Anesthésiste-Réanimateur
Acupuncteur
DU Céphalée-Migraines
Praticien Consultant
Hôpital Cochin, Hôpital Lariboisière, Paris
✉ anita_buy@hotmail.com

Note

Cet article fait suite à une publication antérieure parue dans *Acupuncture & Moxibustion*. Je n'inclus pas dans ce travail les Algies Vasculaires de la Face [1], elles ont fait l'objet d'une étude déjà parue dans la même revue. Les aspects physiologiques, épidémiologiques de cette pathologie méritent que l'on s'y consacre par un travail à part, plus approfondi.

1. Bui A. L'algie vasculaire de la face (AVF) : traitement aux urgences céphalées (Paris). *Acupuncture & Moxibustion*. 2003;2(4):212-213.

Jean-Marc Stéphan

Imagerie par résonance magnétique de l'action de l'acupuncture à spécificité visuelle

Résumé : L'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle permet d'objectiver les effets immédiats d'une stimulation d'un point d'acupuncture. L'équipe coréo-américaine de Cho fut l'une des premières à utiliser l'IRMf dans le but d'établir une correspondance entre l'activation des lobes occipitaux et la stimulation des points d'acupuncture spécifiques de la vision. De nombreux travaux ont suivi concernant les points d'acupuncture à action sensorielle. La spécificité de ces points n'a pas été retrouvée systématiquement et la part de l'effet placebo (effet non-spécifique) est évoquée ainsi que les limitations de ces travaux. **Mots-clés :** IRMf - acupuncture - sensoriel - vision - audition - laser - imagerie - revue.

Summary: The functional magnetic resonance imaging allows to see the immediate effects of a stimulation of a acupoint. The American-korean team of Cho was one of the first ones to use the fMRI with the aim of establishing a correspondence between the activation of the occipital lobes and the stimulation of the specific points of acupuncture of the vision. Numerous works followed as regards the acupuncture-points with sensory action. The specificity of these points was not systematically found and the part of the effect placebo (non-specific effect) is evoked as well as the limitations of these works. **Keywords:** fMRI - Acupuncture - sensory - vision - hearing - laser - imaging - review.

L'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) utilisée à partir de 1992 ainsi que dans une moindre mesure la tomographie par émission de positons (TEP) ont bouleversé l'imagerie médicale et ont permis d'objectiver les effets immédiats d'une stimulation d'un point d'acupuncture. Après les travaux préliminaires japonais sur l'IRM fonctionnelle appliquée à l'acupuncture de Yoshida et coll. [1], l'équipe coréo-américaine de Cho fut l'une des premières à l'utiliser dans le but d'établir une correspondance entre l'activation des lobes occipitaux et la stimulation des points d'acupuncture spécifiques de la vision [2]. Quelle fut l'évolution des travaux concernant l'acupuncture non analgésique depuis 1998 ?

Principes généraux de l'imagerie

L'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf)

L'IRM fonctionnelle est fondée sur l'observation en temps réel des variations de l'oxygénation du sang, sans injection de traceur radioactif, puisque le traceur est endogène. Les contrastes obtenus sur base de ces

propriétés ont été baptisés «BOLD» (Blood Oxygen Level Dependent). Ils exploitent la diminution de la concentration de la déoxyhémoglobine en aval des neurones activés qui induit une diminution de la différence de susceptibilité magnétique, donc une diminution du champ magnétique perturbateur qui entraîne une réponse IRM positive (augmentation de l'intensité du signal). L'activité cérébrale se traduit alors par un enrichissement en oxygène des régions mises en jeu : cet apport d'oxygène réduit les hétérogénéités dues à la déoxyhémoglobine dans le compartiment veineux de la circulation et le signal enregistré, lui, augmente donc. Lorsque l'on compare deux séries d'images IRM obtenues l'une au « repos » (condition OFF ou de référence) et l'autre pendant une stimulation (condition ON), on observe une augmentation de signal localisée dans les régions cérébrales activées. Cette augmentation de signal est progressive (pendant plusieurs secondes après le début du stimulus) et faible (1 à 5 %).

Les avantages de l'IRMf (figure 1) par rapport à la tomographie par émission de positons (TEP), considérée jusqu'il y a peu comme la technique de référence pour

l'imagerie fonctionnelle, sont nombreux. La technique est non-invasive et ne requiert l'injection d'aucun traceur. Les résolutions spatiales et temporelles sont excellentes. La superposition des images fonctionnelles sur celles anatomiques est aisée. Des résultats statistiquement significatifs peuvent être obtenus sur sujets individuels. Un inconvénient de l'IRMf est sa sensibilité aux mouvements. Il en résulte que l'étude de la parole à voix haute est délicate. Un second inconvénient réside dans les contraintes particulières pour les études du système auditif, ainsi que pour la transmission de stimuli auditifs.



Figure 1. Appareil à IRM Siemens.

Rappel du traitement cérébral de l'information visuelle

La localisation des aires visuelles est variable selon les individus. On a découvert jusqu'à ce jour près d'une trentaine d'aires corticales différentes qui contribuent à la perception visuelle. Le nerf optique dont une partie des fibres axonales se croisent au niveau du chiasma optique, rejoint le corps genouillé latéral, un des noyaux du thalamus, dont les axones se projettent ensuite sur l'aire primaire du cortex visuel ou aire striée (V1 : aire 17 de Brodmann BA17), centrée sur la scissure calcarine du lobe occipital.

Le cortex visuel primaire envoie une proportion importante de ses connexions au cortex visuel secondaire (V2), formé par les aires extra-striées occipitales (BA 18

et 19). Ces aires répondent à des stimulations visuelles plus complexes comme des variations de forme et de contour etc. L'analyse des stimuli visuels amorcée dans V1 et V2 se poursuit ensuite vers les aires associatives, à travers deux grands systèmes corticaux de traitement de l'information visuelle.

La première est une voie ventrale qui s'étend vers le lobe temporal (BA20, 21) et serait impliquée dans la reconnaissance des formes (V3 et V4). La seconde est une voie dorsale qui se projette vers le lobe pariétal (V5, V3A) et serait essentielle à la localisation de l'objet, aux mouvements, à la forme. Enfin, l'oculomotricité comme les saccades oculaires (saccades volontaires ou induites par diode lumineuse) fait apparaître des zones activées bilatérales spécifiques : aires frontales (à cheval sur aires de Brodmann 8, 6, 4 et 9) et les aires pariétales (dans le cortex pariétal postérieur, à la limite des BA39 et 40). L'IRMf met également en évidence des activations corticales cérébrales lors de la poursuite oculaire : aires frontales déjà décrites, et temporales moyennes (aires V5) à la jonction des BA19, 37 et 39 (figures 2 et 3).

Spécificité de l'imagerie de l'acupuncture à effet visuel selon la Médecine Traditionnelle Chinoise

Cho et coll. ont ainsi étudié chez douze volontaires âgés de 21 à 30 ans, à la fois l'effet d'une stimulation visuelle par un flash lumineux et l'action de l'acupuncture sur des points spécifiques à action visuelle. L'IRM fonctionnelle objective lors de la stimulation lumineuse une activation des lobes occipitaux (BA17). La stimulation par rotation d'une aiguille d'acupuncture aux points 67V (*zhiyin*), 66V (*tonggu*), 65V (*shugu*), 60V (*kunlun*), points connus pour avoir une activité sur la vision engendre également une activation nette des lobes occipitaux. Par contraste, il n'y a pas de réaction des lobes occipitaux lors de la stimulation du non-point d'acupuncture situé entre 2 et 5 cm en dehors de 67V (figure 4). Deux types de réactions furent observés selon la typologie *yin* ou *yang* des sujets. La réponse à l'acupuncture chez les personnes *yin* se révéla identique

Aires de Brodmann	Localisation anatomique	fonction
1,2,3	gyrus postcentral du lobe pariétal	cortex sensitif primaire (cortex somatosensoriel)
4	gyrus précentral (circonvolution frontale ascendante)	cortex moteur primaire M1 (motricité)
6	gyrus précentral et cortex adjacent rostral	aire prémotrice et motrice supplémentaire (programmation des mouvements)
8	gyrus frontal supérieur et moyen, face interne	Champs oculomoteur frontal (saccades)
9 - 12	gyrus frontal supérieur et moyen, face interne	cortex associatif préfrontal (programmation des mouvements)
13 - 16	cortex insulaire temporal (situé au fond de la scissure de sylvius)	aires végétatives
17	scissure calcarine	aire visuelle primaire
18	gyrus lingual (5 ^{ème} gyrus occipital), cuneus (6 ^{ème} gyrus occipital), gyrus latéral occipital	aire visuelle secondaire
19	gyrus lingual (5 ^{ème} gyrus occipital), cuneus (6 ^{ème} gyrus occipital), gyrus latéral occipital et gyrus occipital supérieur	aire visuelle secondaire
20	gyrus temporal inférieur	aire visuelle inféro-temporale (reconnaissance des formes)
21	gyrus temporal moyen	aire visuelle inféro-temporale (reconnaissance des formes)
37	gyrus temporal moyen et inférieur (jonction temporo-occipital : gyrus fusiforme)	cortex associatif pariéto-temporo-occipital, aire visuelle temporale moyenne (perception, vision, lecture, langage)
39	carrefour temporo-pariéto-occipital : gyrus angulaire	cortex associatif temporo-pariéto-occipital (perception, vision, lecture, langage)
40	carrefour temporo-pariéto-occipital : gyrus supramarginal, opercule pariétal (S2)	cortex associatif temporo-pariéto-occipital ; S2 aire somatosensorielle secondaire (perception, vision, lecture, langage)

Figure 2. Les correspondances anatomiques des aires de Brodmann impliquées dans la vision.

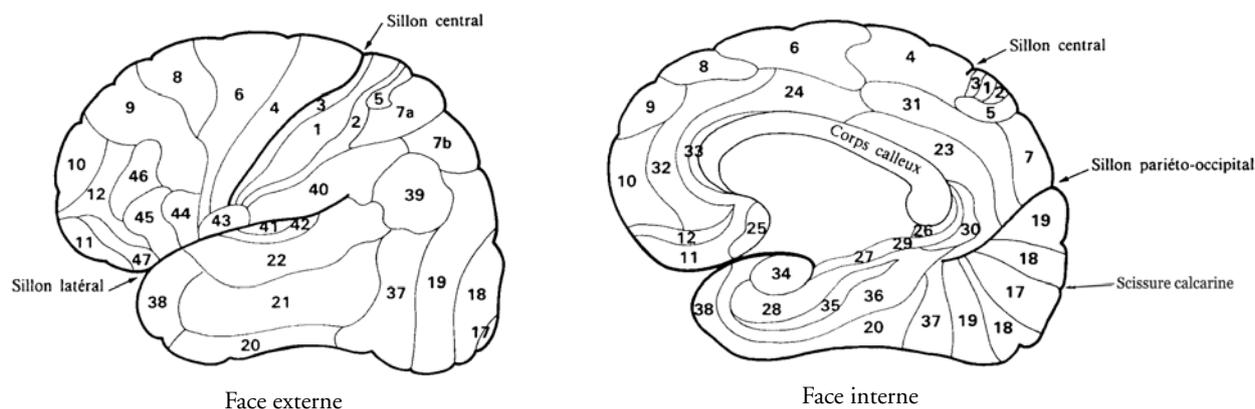


Figure 3. Représentation des aires de Brodmann à la face externe et à la face interne du cerveau.

à celle observée à la stimulation visuelle, c'est à dire un signal positif, alors que chez les personnes *yang*, le signal de la réponse prenait un aspect opposé, négatif. Dans un autre travail de Cho non publié mais présenté et exposé par Shen à un congrès d'acupuncture en 1999

à Philadelphie, la stimulation de 37VB (*guangming*) et 43VB (*xiaxi*), points utilisés respectivement dans les affections oculaires et dans les surdités, entraîne une activation de l'aire visuelle occipitale et de l'aire auditive [3].

Siedentopf, confirmant les travaux de Cho, a démontré l'activation cérébrale suite à une stimulation par acupuncture laser (laser basse puissance de 10 mW de sortie avec une longueur d'onde de 670 nm) sur le point 67V. Chez les dix volontaires masculins en bonne santé, l'activation corticale occipitale du cuneus (BA18) et celle du gyrus occipital moyen (BA19) du cortex visuel ipsilatéral a été objectivée de manière statistiquement significative. Par contre, la stimulation d'un point placebo ne montrait pas d'activation par IRMf [4]. Ce travail était la première étude par stimulation laser objectivant une réponse cérébrale par IRMf.

En 2002, Lee et coll. ont examiné chez des rats privés de vision binoculaire l'expression c-Fos sur le cortex visuel primaire. La privation binoculaire réduit le nombre de cellules c-Fos positives dans le cortex visuel primaire par rapport à celui du groupe contrôle des rats normaux. Or, la stimulation de V67 aboutit à une augmentation statistiquement significative du nombre de cellules c-Fos positives dans cette zone, tandis que la stimulation des non-points d'acupuncture ne le fait pas [5].

En 2003, l'équipe de Li [6] a utilisé l'IRMf pour révéler les activations corticales visuelles durant la stimulation

par acupuncture ou électroacupuncture de quatre points (67V, 66V, 65V, 60V) impliqués dans la vision chez 18 volontaires sains. Cela a été comparé avec les résultats obtenus par stimulation visuelle directe. Chez tous les sujets, des activations positives du cortex visuel ont été observées pendant la stimulation lumineuse. Des activations similaires furent objectivées chez 10 sujets bénéficiant de l'acupuncture conventionnelle, de même chez 8 sujets sous électroacupuncture à 2 Hz et 7 sujets sous celle à 20 Hz. Des activations négatives ont aussi été observées sur les lobes occipitaux, les gyri temporal et frontal bilatéralement chez 13 sujets durant l'acupuncture conventionnelle. L'acupuncture peut donc moduler l'activité de sites cérébraux appropriés. Litscher et coll. en 2004 ont confirmé les travaux de Cho en utilisant également une stimulation par laser (30-40mW, 685nm). L'essai contrôlé randomisé (ECR) en cross-over a porté sur 18 personnes saines avec utilisation à la fois de l'échographie doppler transcrânienne multidirectionnelle fonctionnelle (fTCD) (n=17) et l'IRMf sur un volontaire. La stimulation des acupoints « visuels » (4GI, 36E, 60V et 67V) entraîne une augmentation de vitesse de la

circulation sanguine moyenne dans l'artère cérébrale postérieure mesurée par fTCD. L'IRMf objective une activation significative ($p < 0,05$) de l'activité cérébrale à la fois dans le gyrus occipital et frontal. Pas de changement à ce niveau en cas de stimulation placebo [7].

Dans un ECR mené chez 12 sujets sains en 2005, trois points d'acupuncture furent stimulés par session de 5mn : 60V (*kunlun*) acupoint spécifique de la vision, 3R (*taixi*) spécifique de l'audition et 6RP (*sanyinjiao*) servant de point sham (feint). L'IRMf démontra une activation statistiquement significative des cortex auditifs et visuels alors que le 6RP ne les activait pas, touchant plutôt le cervelet et le ganglion basal associé aux fonctions digestives [8].

Une étude chinoise de Hu et coll. en 2005 a observé les effets de la stimulation de VB37 (*guangming*) et 3F (*taichong*) en IRMf. Dix-neuf volontaires sains ont été aléatoirement divisés en trois groupes : groupe I (n=7) a bénéficié de la stimulation visuelle et acupuncture d'un seul côté ; groupe II (n=6) : stimulation visuelle et acupuncture bilatéralement ; groupe III (n=6) : uniquement acupuncture bilatérale. L'IRMf n'a montré aucun changement significatif du niveau de saturation de l'oxygène sanguin dans le cortex visuel lors de la stimulation visuelle et à l'insertion de l'aiguille. Par contre, lors de la stimulation continue d'un seul côté ou des deux côtés, l'intensité du signal augmentait dans le cortex visuel [9].

Litscher et coll. ont réalisé d'autres ECR (mêmes paradigmes que leur travail réalisé en 2004) sur 41 sujets avec stimulation par aiguille laser et mesures de l'activité cérébrale par fTCD et IRMf (n=2). Outre les points 4GI (*hegu*), 36E (*zusunli*), 60V, 67V, 37VB en relation avec la vision, les auteurs ont stimulé aussi les points en relation avec l'olfaction : 20GI (*yingxiang*), 6GI (*pianli*) et 4GI et avec l'audition : 43VB (*xiaxi*) et 5TR (*waiguan*). Ils objectivent une augmentation de l'activité par rapport au placebo du cortex visuel, olfactif ou auditif en relation avec les points d'acupuncture spécifiques [10].

Non spécificité de l'imagerie de l'acupuncture à action visuelle selon la MTC

Certains travaux émettent cependant des doutes sur les travaux de Cho [2] et en général sur la spécificité de l'acupuncture. Ainsi Gareus et coll. en 2002 [11] se sont intéressés au point 37VB utilisé dans les affections oculaires dans le but de confirmer les travaux précédents. Trois groupes de volontaires européens non asiatiques ont été étudiés : groupe I (7 sujets : n=7) bénéficiant d'une stimulation visuelle par un flash lumineux associée à l'acupuncture sans manipulation sur le point 37VB gauche ; groupe II (n=8), stimulation visuelle identique et acupuncture sur 37VB bilatéralement avec recherche du *deqi* ; groupe III (n=6), acupuncture seule avec recherche du *deqi*, mais sans stimulation visuelle. Les groupes I et II objectivent une activation du cortex visuel occipital, mais sans différence statistiquement significative. Le groupe III ne montre aucun effet direct significatif sur le cortex visuel, à la différence du travail de Cho. Par contre, dans les groupes II et III, il existe une activation statistiquement significative du cortex insulaire, soupçonné de jouer un rôle dans le phénomène d'anticipation de la douleur, et des aires 37, 39 et 40 de Brodmann du carrefour temporo pariéto-occipital (opercule pariétal, cortex temporo-pariétal, lobule pariétal inférieur, gyrus occipital moyen -BA37 : groupe II-), gyrus cingulaire (groupe III) et cunéus (aire 31 dans le groupe II). Le cortex insulaire (insula), l'opercule pariétal et le cortex pariéto-temporal sont considérés comme des aires somesthésiques secondaires impliquées dans l'interprétation des stimuli somato-sensoriels et dans le processus de traitement cortical de la douleur, comme d'ailleurs le gyrus cingulaire. Donc, il semblerait que ces activations soient en fait des effets secondaires en rapport avec la recherche du *deqi*. Les auteurs en concluaient que même s'ils ne détectaient pas une réponse BOLD au niveau du cortex visuel, d'autres travaux étaient nécessaires afin de déterminer si les images observées au niveau pariéto-temporal étaient en rapport avec l'inévitable réaction à la stimulation somato-sensorielle ou une réponse spécifique à l'acupuncture.

Une autre étude en 2002 [12] n'était pas aussi affirmative que Cho quant à la corrélation entre spécificité des aires corticales occipitales et points d'acupuncture à correspondance visuelle. Avec pour postulat que l'acupuncture produit à la fois des effets spécifiques et non spécifiques, ces auteurs ont étudié chez 15 volontaires portant masque oculaire et boules anti-bruits, la réaction cérébrale par IRMf suite à la stimulation électrique du point 34VB (*yanglingquan*) utilisé en analgésie. Le groupe électroacupuncture (EA vraie) montrait une activation statistiquement significative plus élevée que le groupe placebo (EA « sham » appliquée sur des non-points d'acupuncture) de l'hypothalamus, de l'aire primaire somatosensorielle (gyrus postcentral BA1,2), du cortex moteur (gyrus précentral BA4) et une désactivation du segment rostral du cortex cingulaire antérieur. Dans la comparaison EA minimale (c'est à dire acupuncture superficielle avec électro-stimulation légère) versus EA feinte (« mock » : aucune électro-stimulation), l'EA minimale offrait une activation plus élevée sur le cortex occipital moyen. Le gyrus temporal supérieur (BA41, BA42 : englobant le cortex auditif) et le cortex occipital moyen (BA18) (englobant le cortex visuel) étaient également activés par l'EA minimale, l'EA feinte, ou l'EA vraie. Les auteurs concluaient donc que les systèmes limbique et hypothalamique étaient de manière statistiquement significative modulés par l'électroacupuncture appliquée sur les points d'acupuncture plutôt que sur des non-points. Ils notaient d'autre part que les activations corticales visuelles et auditives n'étaient pas spécifiques des points d'acupuncture à visée sensorielle puisque activés par toutes les stimulations.

En 2006, Hu et collègues, contredisant leurs premiers travaux réalisés en 2005 [9] arrivent à la conclusion que la stimulation des points à action spécifique sur la vision : VB37 et 3F n'a aucun effet sur le cortex visuel mais active par contre l'insula et le cortex pariéto-temporal impliqués dans la perception de la douleur et relais des informations somato-sensorielles, de la même façon que la stimulation des points 40E (*fenglong*) et 43E (*xiangu*), points « sham » [13].

En 2007, Kong et coll. montrent que la stimulation d'électroacupuncture à 2 Hz sur 37VB, 60V et un non-point d'acupuncture suscite une augmentation similaire du signal BOLD de l'IRMf au niveau de l'opercule frontal bilatéralement (BA44,45), du gyrus postcentral S2 gauche (BA40), de l'insula droite et une diminution du signal BOLD dans le cortex orbito-préfrontal médial bilatéral (BA11) et le lobule paracentral (BA2-4) (partie postérieure du gyrus supérieur frontal), signifiant la non spécificité encore des points à action visuelle [14]. Quelques mois plus tard, Kong et coll. confirment que la stimulation des points à action visuelle n'entraînent pas une action spécifique sur le cortex visuel occipital. Sur six sujets sains, ils comparent la stimulation par EA (2Hz) de 60V et 37VB versus un non-point d'acupuncture. Les stimulations électroacupuncturales sur les points « visuels » ainsi que celles des non-points produisent des diminutions modestes et comparables du signal de l'IRMf dans le cortex occipital incluant le cuneus bilatéral (6ème circonvolution occipitale), la scissure calcarine et des secteurs environnants, le lobule lingual et la circonvolution occipitale latérale. Aucune différence significative des variations des signaux de l'IRMf au niveau du lobe occipital n'a été pourtant objectivée par la stimulation de ces trois points. De ce fait, Kong et coll. soutiennent la non spécificité de l'acupuncture à action visuelle mais formulent la possibilité que cette décroissance du signal BOLD pourrait être en rapport avec la stimulation somatosensorielle suscitée par la puncture [15]. Le tableau I offre le récapitulatif de tous les travaux.

La recherche de correspondance par IRM fonctionnelle des aires occipitales du cortex par la stimulation des points d'acupuncture à action ophtalmologique selon la Médecine Traditionnelle Chinoise n'est pas la seule voie de recherche expérimentale en imagerie acupuncturale.

Discussion

En 1998, les premiers travaux d'IRMf de Cho ont fait sensation et ont révélé qu'une stimulation des points d'acupuncture en relation avec la vision déclenchait

Tableau I. Récapitulatif des corrélations entre les points d'acupuncture et les aires corticales activées des principaux travaux de cette synthèse.

Auteur principal (année)	N	Champ magnétique Bo en Tesla	Méthode	Points utilisés	Activation (+) Désactivation (-)	Remarques
Cho (1998)	12 VS	2,0	AM versus sham et versus lumière 2 niveaux d'analyse	67V, 66V, 65V, 60V	Cortex occipital B (+ 4/12) ; cortex occipital B (- 8/12)	Différenciation yin (+) / yang (-)
Siedentopf (2002)	10 VS	1,5	Laser (670nm, 10mW) SMP99 (1 seul niveau d'analyse)	67V	Cuneus I (+) (BA18) ; gyrus occipital moyen I (+) (BA19)	Première étude laser ; pas d'activation du point placebo
Li (2003)	18 VS		AM+EA(2Hz /20Hz) versus lumière	67V, 66V, 65V, 60V	Cuneus B (+ 10/18 AM ; EA/2hz (+8/18) ; EA/20Hz (+7/18) ; cuneus B, gyrus temporal et frontal (- 13/18 AM)	Modulation de l'activité corticale en fonction de la méthode acupuncturale
Litscher (2004)	1 VS	1,5	Laser (685nm, 30-40mW) SMP99 (1 seul niveau d'analyse)	4GI, 36E, 60V, 67V	Gyrus occipital supérieur G (+) ; gyrus frontal supérieur et moyen D, gyrus frontal inférieur D , gyrus précentral D (+)	1 VS avec IRMF, 17(échodoppler)
Parrish (2005)	12 VS	3	AM versus point sham (6RP) SMP99	60V, 3R, 6RP	Cortex occipital (+ 60V) ; cortex auditif (+ BA41-42, 3R) ; 6RP (+ cervelet, ganglion basal)	60V (vision) 3R (audition). 6RP : inactif sur les aires sensorielles
Hu (2005)	19 VS		- Groupe 1 : AM unilatéral + lumière (n=7) - groupe 2 : AM bilatéral+ lumière (n=6) - groupe 3 : AM bilatérale (n=6)	37VB, 3F	Cortex occipital (+ si stimulation acupuncturale continue)	ECR chinois sans traduction complète : données insuffisantes
Litscher (2006)	2 VS	1,5	Laser (685nm, 30-40mW) SMP99 (1 seul niveau d'analyse)	4GI, E36, 60V, 67V, 37VB (vision) 20GI, 6GI, 4GI (olfaction) 43VB, 5TR (audition)	- vision : cortex occipital (+ BA19, cortex frontal B (+) olfaction : cortex olfactif (+ BA28 ?) - audition : cortex auditif (+BA41-42 ?)	ECR sur 41 VS mais seulement 2 concernant l'IRMF. Manque de précision
Gareus (2002)	21 VS	2	- 1. AM gauche sans <i>deqi</i> + lumière (n=7) - 2. AM B + <i>deqi</i> + lumière (n=8) - 3. AM B + <i>deqi</i> (n=6) BrainVoyager : analyse statistique	37VB	- Groupe 1 et 2 : cortex occipital (+) mais sans différence significative Groupe 2 : insula, BA40, BA39, BA31, BA37 (+) - groupe 3 : insula, BA40, BA39, BA40 (lobe pariétal inférieur), gyrus cingulaire (+)	Pas de spécificité des points à action visuelle
Wu (2002)	15 VS	1,5	EA (4Hz) versus sham EA, EA minimale, EA feinte SPM99 avec 2 niveaux d'analyse	34VB	- Hypothalamus (B+) - cortex somatosensoriel (BA1 +, BA2 +) - cortex préfrontal (B+ : BA4) - cortex occipital moyen (BA18 +) - Segment rostral du cortex cingulaire antérieur (-)	Point analgésique sans action spécifique visuelle stimulant le cortex occipital
Hu (2006)	18 VS	1,5	AM versus acupuncture sham	AM :37VB, 3F sham : 40E et 43E	Insula (+), cortex pariéto-temporal (+) Pas d'activation du cortex visuel	ECR chinois sans traduction complète : données insuffisantes
Kong (2007)	6 VS	3	EA (2Hz) versus NPA SPM2 2 niveaux d'analyse	37VB, 60V	BA44, BA45 (B+), BA40 (G+), insula (D+) BA11 (B-) ; BA2, BA4 (B-)	Non spécificité du signal BOLD : EA = NPA
Kong (2007)	6 VS	3	EA (2Hz) versus NPA SPM2 2 niveaux d'analyse	37VB, 60V	Cortex occipital : cuneus B, scissure calcarine, lobule lingual (B-)	Non spécificité du signal BOLD : EA = NPA

AM : acupuncture manuelle avec *deqi* ; EA : électroacupuncture ; BA : aire de brodmann ; B : bilatéral ; I : ipsilatéral, C : controlatéral ; NPA : non point d'acupuncture ; VS : volontaires sains ; D : droite ; G : gauche

une activation du cortex visuel occipital. A la suite, de nombreuses investigations d'IRMf ont confirmé et ont suggéré une spécificité des points d'acupuncture à effet sensoriel [2-10]. Cependant, d'autres auteurs éprouvaient des difficultés à répliquer ces résultats et objectivaient un chevauchement des réponses en IRMf dans de multiples aires cérébrales [11-15]. En d'autres termes, l'activation du cortex visuel résulterait d'une non spécificité en rapport avec un éventuel effet placebo comme cela a été signalé par les travaux d'IRMf concernant la douleur [16]. Cho lui-même en 2006 et cinq de ses collègues publiaient une rétraction de leur article de 1998 et concluaient à la non spécificité du point d'acupuncture tout du moins en ce qui concernait leurs effets sur la douleur et les effets antalgiques [17]. Ces résultats divergents ne sont pas toutefois toujours en contradiction les uns les autres car il existe de multiples sources de variabilité incluant les séquences d'acquisition de l'IRM, les méthodes d'acquisition des données [18], les états de repos physiologiques, mais aussi les différents modes d'acupuncture et les inégales durées de stimulation. Ainsi l'étude américaine de Kong et coll. objective la relative variabilité des résultats de l'IRMf à travers des sessions différentes et espacées de trois à vingt et un jours chez un même sujet bénéficiant d'électroacupuncture. Cette variabilité de résultats peut être due à une sensation de *deqi* non similaire à chaque séance, mais aussi le niveau d'attention du sujet, l'influence des mouvements oculaires (nécessité de fermer les yeux) etc.. Il est donc nécessaire de multiplier les sessions [14]. De ce fait, les travaux de Kong [14,15] ont évalué la sensation de *deqi* selon une échelle SASS (échelle subjective des sensations en acupuncture) en neuf points (douleur, lourdeur, endolorissement, lancinant, pulsatile, brûlure etc..) et étalonnée de 0 à 10 et une évaluation de l'anxiété [19].

Quelles sont les limitations de ces travaux ?

Toutes ces études impliquent une population insuffisamment importante pour être totalement significatifs. Ce sont des études réalisées sur des sujets en bonne santé ; pas une seule étude sur une population présentant une pathologie ophtalmologique ou auditive.

De nombreux travaux ne précisent pas la méthodologie statistique. Deux niveaux d'analyses statistiques sont requis par l'outil de référence pour le traitement des données fonctionnelles, à savoir le SPM (Statistical Parametric Map), logiciel libre et ouvert écrit en Matlab et utilisé par tous les laboratoires de neurosciences dans le monde (SMP99) [20,21]. De ce fait, un simple niveau d'analyse peut ne pas être représentatif de l'effet réel.

De nombreuses études souffrent d'une méthodologie discutable. Ainsi Ho montrait que s'il y avait une disparité des conclusions des travaux d'IRMf, la faute en incombait à une recherche du *deqi* lors des punctures. En effet, il montrait que la sensation du *deqi* atteignait un plateau au bout de 20 secondes et durait jusque 2 minutes. Or de nombreuses études ont appliqué une modélisation de séquences stimulation (ON), repos (OFF) durant chacune 60 secondes [2,7,8,11,12], 40 secondes [4], voire 30 secondes [14,15] ce qui signifie une perturbation du niveau basal de la séquence repos (figure 5). L'analyse statistique peut en être ainsi affectée et il est nécessaire dans les futurs travaux que la période de repos soit supérieure à 2 mn [22].

Le champ supraconducteur des imageurs avec un champ magnétique $B_0 = 1,5$ Tesla comme cela a été utilisé dans la plupart des travaux (tableau I) peut être aussi une source de limitation. En effet, un imageur de champ $B_0 = 3T$ permet d'obtenir un signal BOLD d'activation plus fort et un meilleur rapport signal sur bruit et de fait, permet de délimiter des aires d'activation de manière plus robuste.

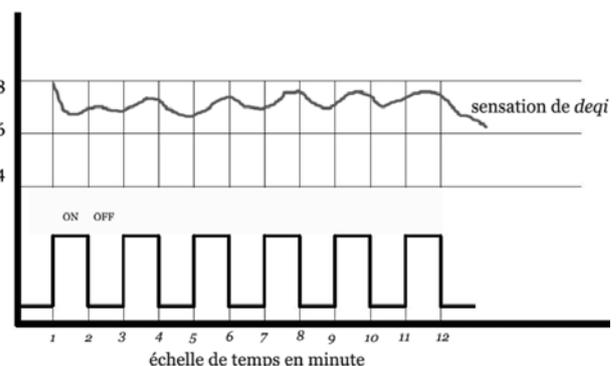


Figure 5. Paradigme de stimulation (ON) et repos (OFF) sur 60 secondes avec en parallèle les variations supposées de la sensation de *deqi* entraînant une perturbation du niveau basal (niveau 8 sensation de *deqi* optimale).

Conclusion

Nombreux sont les défis à surmonter pour que les chercheurs en imagerie acupuncturale puissent comprendre les mécanismes thérapeutiques de l'acupuncture. Et il faut avant tout standardiser les protocoles de la même façon qu'il est possible de le faire avec les ECR cliniques, en utilisant par exemple l'échelle SASS de Kong ou la standardisation STRICTA [23]. Sous forme d'une check-list, celle-ci offre à chaque chercheur des recommandations et des instructions à appliquer pour améliorer leur protocole de recherche et éviter la variabilité des résultats. De cette façon, on peut connaître comment est déterminée la sensation du *deqi*, quelle fréquence

est utilisée pour la stimulation électrique, quelle est la fréquence d'intervention, comment est déterminé le groupe placebo etc.. L'autre défi important est d'utiliser l'IRMf chez les patients souffrant de pathologie. C'est le seul moyen de voir comment l'acupuncture agit en conditions thérapeutiques réelles. En 2007, Napadow a ainsi objectivé pour la première fois chez des patients souffrant du syndrome du canal carpien les zones cérébrales activées par IRMf lors de la stimulation du 4GI (*hegu*) [24]. Quoiqu'il en soit, d'autres travaux sont nécessaires afin que l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle permette dans l'avenir d'établir une carte des corrélations neurophysiologiques de l'acupuncture tout en éclaircissant ses mécanismes.



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

Références

1. Yoshida T, Tanaka C, Umeda M, Higuchi T, Fukunaga M, Naruse S. Non-invasive measurement of brain activity using functional MRI: toward the study of brain response to acupuncture stimulation. *Am J Chin Med.* 1995;23(3-4):319-25.
2. Cho ZH, Chung SC, Jones JP, Park JB, Park HJ, Lee HJ, Wong EK, Min BI. New findings of the correlation between acupoints and corresponding brain cortices using functional MRI. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 1998;95(5):2670-3.
3. Shen J. Research on the neurophysiological mechanisms of acupuncture : review of selected studies and methodological issues. *J Altern Complement Med.* 2001;7:S121-7.
4. Siedentopf CM, Golaszewski SM, Mottaghy FM, Ruff CC, Felber S, Schlager A. Functional magnetic resonance imaging detects activation of the visual association cortex during laser acupuncture of the foot in humans. *Neurosci Lett.* 2002;327(1):53-6.
5. Lee H, Park HJ, Kim SA, Lee HJ, Kim MJ, Kim CJ, Chung JH, Lee H. Acupuncture stimulation of the vision-related acupoint (Bl-67) increases c-Fos expression in the visual cortex of binocularly deprived rat pups. *Am J Chin Med.* 2002;30(2-3):379-85.
6. Li G, Cheung RT, Ma QY, Yang ES. Visual cortical activations on fMRI upon stimulation of the vision-implicated acupoints. *Neuroreport.* 2003;14(5):669-73.
7. Litscher G, Rachbauer D, Ropele S, Wang L, Schikora D, Fazekas F, et al. Acupuncture using laser needles modulates brain function: first evidence from functional transcranial Doppler sonography and functional magnetic resonance imaging. *Lasers Med Sci.* 2004;19(1):6-11.
8. Parrish TB, Schaeffer A, Catanese M, Rogel MJ. Functional magnetic resonance imaging of real and sham acupuncture. Noninvasively measuring cortical activation from acupuncture. *IEEE Eng Med Biol Mag.* 2005;24(2):35-40.
9. Hu KM, Wang CP, Henning J. [Observation on relation of acupuncture at Guangming (GB 37) and Taichong (LR 3) with central nervous reaction]. *Zhongguo Zhen Jiu.* 2005;25(12):860-2.
10. Litscher G. Bioengineering assessment of acupuncture, part 4: functional magnetic resonance imaging. *Crit Rev Biomed Eng.* 2006;34(4):327-45.
11. Gareus IK, Lacour M, Schulte AC, Hennig J. Is there a BOLD response of the visual cortex on stimulation of the vision-related acupoint GB 37? *J Magn Reson Imaging.* 2002;15(3):227-32.
12. Wu MT, Sheen JM, Chuang KH, Yang P, Chin SL, Tsai CY, Chen CJ, Liao JR, Lai PH, Chu KA, Pan HB, Yang CF. Neuronal specificity of acupuncture response: a fMRI study with electroacupuncture. *Neuroimage.* 2002;16(4):1028-37.
13. Hu KM, Wang CP, Xie HJ, Henning J. [Observation on activating effectiveness of acupuncture at acupoints and non-acupoints on different brain regions]. *Zhongguo Zhen Jiu.* 2006;26(3):205-7.
14. Kong J, Gollub RL, Webb JM, Kong JT, Vangel MG, Kwong K. Test-retest study of fMRI signal change evoked by electroacupuncture stimulation. *Neuroimage.* 2007 Feb 1;34(3):1171-81.
15. Kong J, Kaptchuk TJ, Webb JM, Kong JT, Sasaki Y, Polich GR, et al. Functional neuroanatomical investigation of

- vision-related acupuncture point specificity-A multisession fMRI study. *Hum Brain Mapp.* 2007 Nov 7.
16. Dhond RP, Kettner N, Napadow V. Do the neural correlates of acupuncture and placebo effects differ? *Pain.* 2007;128(1-2):8-12.
 17. Cho ZH, Chung SC, Lee HJ, Wong EK, Min BI. Retraction : New findings of the correlation between acupoints and corresponding brain cortices using functional MRI. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2006;103:10527.
 18. Smith SM, Beckmann CF, Ramnani N, Woolrich MW, Bannister PR, Jenkinson M, et al. Variability in fMRI: a re-examination of inter-session differences. *Hum Brain Mapp.* 2005;24(3):248-57.
 19. Kong J, Fufa DT, Gerber AJ, Rosman IS, Vangel MG, Gracely RH, et al. Psychophysical outcomes from a randomized pilot study of manual, electro, and sham acupuncture treatment on experimentally induced thermal pain. *J Pain.* 2005 Jan;6(1):55-64.
 20. Friston KJ, Holmes AP, Worsley KJ, Poline JP, Frith CD, Frackowiak RSJ. Statistical parametric maps in functional imaging : A general linear approach. *Human Brain Mapping.* 1994;2(4):189-210.
 21. Ashburner J, Friston KJ. Nonlinear spatial normalization using basis functions. *Hum Brain Mapp.* 1999;7(4):254-66.
 22. Ho TJ, Duann JR, Shen WC, Lin JG. Needling sensation: explanation of incongruent conclusion drawn from acupuncture fMRI study. *J Altern Complement Med.* 2007;13(1):13-4.
 23. MacPherson H, White A, Cummings M, Jobst KA, Rose K, Niemtow RC. Standards for Reporting Interventions in Controlled Trials of Acupuncture: the STRICTA recommendations. *J Altern Complement Med.* 2002;8(1):85-9.
 24. Napadow V, Kettner N, Liu J, Li M, Kwong KK, Vangel M, et al. Hypothalamus and amygdala response to acupuncture stimuli in Carpal Tunnel Syndrome. *Pain.* 2007;130(3):254-66.

Marc Piquemal

Relation énergétique Points “Assentiment” et Points “Héraut”

Résumé : Est-il possible de montrer l'existence d'une relation énergétique, basée sur l'analyse des potentiels électriques cutanés, entre certains points *mu* et leur équivalent *beishu*? Par le biais d'une instrumentation scientifique, passive, non invasive, la mesure des bioDDP, il nous a été possible de retrouver ce lien fonctionnel. Celui-ci se manifeste, s'objective dans notre cas, soit lors de pathologie rattachée à l'organe malade, soit lors d'une intervention « énergétique » au cours d'une session d'acupuncture. **Mots-clés :** bioélectricité - BioDDP - acupuncture - *mu* - *beishu*.

Summary: Is there any relationship, based on scientific data (difference in skin electrical potential named bio_ddp), between *mu* and their counterparts *beishu* points? Passive, non invasive, BioDDP measurements allow concluding in such positive way. Fourier analysis of electrical data, points out a functional link between *mu*-*beishu* traditionally associated points in both pathology involving organ directly correlated to these couples of acupuncture points and during “energetical” acupuncture session. **Keywords:** bioelectricity - spectral analysis - *mu* - *beishu* points.

Introduction

La tradition nous apprend qu'il existe un vaste réseau énergétique, qui parcourt le corps humain, unissant organes et fonctions à l'extérieur. Différents mots sont utilisés pour caractériser cette hiérarchie de la communication énergétique. La complexité de ce réseau unit différents niveaux énergétiques, sorte de bascule ou soupape de sécurité qui confère à cet ensemble, une stabilité peu commune, garante par sa flexibilité de la libre circulation du « principe vital » ou énergie ! Parmi ces communications énergétiques, il en existe une qui relie la partie antérieure du réseau énergétique de l'organisme à la partie postérieure : ce sont les couples de points « assentiment » et points « héraut ».

Les points situés à la partie antérieure du thorax et de l'abdomen sont dénommés points « hérauts ». Ils sont soit bilatéraux, symétriques de part et d'autre de la ligne médiane, soit unique ou médians. Chaque point ou couple de points se rattachent à un des douze méridiens principaux et signalent son affection. Les points postérieurs ou d'« assentiment » appartiennent tous au méridien vessie et chacun d'eux répond à un organe interne. Lorsqu'une affection touche un des méridiens,

une sensibilité anormale de ce point se manifeste et peut être facilement retrouvée à l'examen clinique.

En conclusion, ces deux groupes de points sont liés aux 12 méridiens principaux et toute pathologie de ces derniers peut s'identifier par leur intermédiaire. Ces points sont donc en relation énergétique avec chacun des 12 méridiens principaux et quoique ne faisant pas obligatoirement partie du méridien impliqué dans la pathologie, permet soit de le détecter, soit de le traiter. C'est la nature de cette relation qui est recherchée ici, dans cette étude. Montrer par les données expérimentales de la bioélectricité humaine (bioDDP) qu'il existe une « relation » unissant les groupes antérieurs aux groupes postérieurs homologues quant à leur fonction [1-4].

Matériel et méthode

Matériel

En vue de capter des données électriques (biodifférences de potentiel électrique cutané ou BioDDP) en regard de points d'acupuncture, un matériel de mesure électrique en mode différentiel sous forme d'une plaque d'acquisition analogue/digitale de signal permet d'enregistrer les signaux cutanés sur huit pistes par rapport

à une même source ou référence (mode différentiel). Un logiciel de traitement de signal (méthode dite de la transformée de Fourier) facilite la conversion du signal enregistré en un spectre de fréquence. L'intérêt de cette transformation revient au fait qu'ainsi il est possible de repérer à quelle fréquence le signal recueilli a été émis, ceci dans le but de caractériser le «générateur» du signal. Par analogie, le recueillement de l'information serait comme les paroles recueillies d'un discours dans une assemblée et le traitement par la transformée de Fourier de ce discours serait ce qui permettrait d'en identifier l'auteur, au sein de ce tumulte de voix !

Méthode

Une population de douze personnes constitue notre groupe de recherche. Il est reparti en 6 femmes et 6 hommes, d'un âge moyen de 30 ans \pm 17ans.

Le protocole consiste en deux prises de BioDDP situées sur les points de contrôle suivants :

Points «Héraut» :

- Poumon1 droit et gauche, (PO1)

- Cœur : Vaisseau Conception 14 (VC14)

Point de contrôle :

- Cœur 9 Droit (CO9)

Points «Assentiments» :

- Poumon Droit et gauche : Vessie 13 bilatéral (V13)

- Cœur Droit et gauche : Vessie 15 bilatéral (V15)

Le premier enregistrement vise à obtenir la fréquence dominante de chacun des points de contrôle ainsi que son énergie associée, en termes de bioélectricité. Le deuxième enregistrement fait suite à une session de 5 minutes d'acupuncture basée de manière systématique pour chaque patient, sur les trois points suivants : à droite 4GI, à gauche CO7 et PO9.

À partir de la transformée de Fourier, les données électriques de chacun des points de contrôle, exprimées sous la forme d'un graphe (variation du potentiel électrique en dizaines de millivolts par rapport au temps) vont apparaître sous la forme d'un nouveau graphique : le spectre de fréquence. Ces mêmes valeurs recueillies composent alors une courbe qui révèle pour chaque fréquence, la puissance électrique qui lui est associée. En général, en ce qui concerne les bioDDP, la

courbe se caractérise par un pic, généralement unique, (fréquence dominante) suivi ou précédé par une ligne irrégulière, soulignant la présence de fréquences dotées de puissances mineures.

Sont comparées alors les informations provenant d'une part des fréquences dominantes entre elles, pour chacun des points avant et après la session d'acupuncture et d'autre part les énergies associées à ces fréquences.

Résultats

Lorsque les patients sont sains cliniquement, en général l'ensemble des points de contrôle est caractérisé par une fréquence dominante située aux alentours de 6 Hz. Après acupuncture, l'ensemble des énergies associées accuse une réduction de leur puissance, s'échelonnant de 0% (point fonctionnant à son optimum énergétique en terme d'électricité) jusqu'à 80% (compensation énergétique). Ces résultats confirment les recherches précédentes [5]. Il est possible d'agir par la polarité dominante des points puncturés sur l'augmentation ou sur la réduction de l'énergie associée à la fréquence dominante du point.

Lorsque sur l'ensemble des points de contrôle surgit une anomalie en terme de fréquence (différente des 6 Hz) alors dans les deux sous-groupes (poumon et cœur) composés des points «hérauts» et «assentiment», s'observe une nette dissociation : chacun des deux sous-groupes se caractérisant par une fréquence qui lui est propre (voir tableau I et II). Ceci tendrait à montrer qu'il existe, du point de vue énergétique électrique, un comportement associatif entre certains points. Ce regroupement fonctionnel électrique est en plein accord avec le regroupement fonctionnel décrit par la MTC.

De plus, on observe que le point témoin (Cœur 9 à droite) présente le même comportement électrique que le cluster fonctionnel (VC14 et V15 bilatéral) soulignant l'action régulatrice de l'acupuncture.

Conclusion

La TMC a introduit le concept de points d'acupuncture, de méridiens, de réseau énergétique, de relation

Tableau I. Notion de cluster poumon et cœur au sein des points «assentiment» et «héraut», après action de l'acupuncture.

Avant acupuncture	P1 droit	P1 gauche	V13 droit	V13 gauche	VC14	V15 droit	V15 gauche	CO9 droit
Fréquence (Hz)	5,995	5,995	5,995	5,995	5,995	5,995	5,995	5,995
Puissance (amplitude du signal en Volts)	0,051	0,051	0,05	0,05	0,046	0,046	0,024	0,024

Après acupuncture	P1 droit	P1 gauche	V13 droit	V13 gauche	VC14	V15 droit	V15 gauche	CO9 droit
Fréquence	6,01	6,01	6,01	6,01	12,02	12,02	12,02	12,02
Puissance	0,014	0,012	0,011	0,011	0,009	0,008	0,004	0,004

Tableau II. Notion de cluster fonctionnel secondaire à une pathologie cardiaque (prolapsus mitral).

Avant acupuncture	P1 droit	P1 gauche	V13 droit	V13 gauche	VC14	V15 droit	V15 gauche	CO9 droit
Fréquence	12,02	12,02	12,02	12,02	18,03	18,03	18,03	18,03
Puissance	0,011	0,011	0,011	0,011	0,008	0,007	0,003	0,003

unissant, en dehors du trajet du méridien, certains points à ces mêmes méridiens au travers de l'activité fonctionnelle de l'organe ou fonction qui lui est rattachée. Par le biais d'une instrumentation scientifique, passive, non invasive, la mesure des bioDDP, il nous a été possible de retrouver ce lien fonctionnel. Celui-ci se manifeste, s'objective dans notre cas, soit lors de pathologie rattachée à l'organe malade, soit lors d'une intervention «énergétique» au cours d'une session d'acupuncture. Ce travail a de plus permis de corroborer des travaux antérieurs sur l'importance de la notion de polarité dominante lors de l'utilisation d'un groupe de points *shu*, afin de guider le transfert énergétique, perçu de manière électrique sur le point cible, dans le sens de son augmentation ou de sa réduction.



Dr Marc Piquemal
 Casilla Correo 2899
 Asuncion - Paraguay
 bioconsulta@quanta.com.py

Références

1. Cantoni G, Pontigny J. Recherche Scientifique française et acupuncture. Sainte Ruffine: Maisonneuve; 1989.
2. Pontigny A, Pontigny J. Bio électricité et acupuncture. Sainte Ruffine: Maisonneuve; 1989.
3. Cantoni G, Pontigny J. Résultats de mesures de biopotentiels cutanés et leurs variations physiologiques et physiopathologiques. Méridiens. 1974;25-26:77-80.
4. Pontigny J, Pontigny A. Instrumentation et acupuncture. Sainte Ruffine: Maisonneuve; 1989.
5. Piquemal M. BioDDP et polarité Yin Yang. Acupuncture & moxibustion ; in print 2008.



Échanges George Soulié de Morant
Samedi 29 mars 2008
Acupuncture, Auriculo-Acupuncture,
Sciences et NeuroSciences : des Laboratoires
à nos Consultations Médicales

*Grand Salon, Musée de l'Armée,
Hôtel des Invalides 75007 Paris*

*Journée dédiée à la mémoire du Médecin Général
Georges Cantoni et à l'Ingénieur Jacques Pontigny*



- 8h30.** Accueil des participants
9h. **Allocution de bienvenue.** Présentation de la journée
9h10. Acupuncture Scientifique selon George, Georges, Jacques, Marc, Jean-Marc, David, Peter... Patrick Sautreuil, (Paris)
9h30. Épistémologie des Sciences représentatives de l'Acupuncture Patrick Triadou et Éric Kiener, (Paris)
10h. L'Auriculothérapie : des neurosciences à la neuroacupuncture (1^o Partie) David Alimi (Maison Alfort)
11h. L'Auriculothérapie : des neurosciences à la neuroacupuncture (2^o Partie) David Alimi
11h30. Générateurs de la motricité viscérale et réponse de l'alerte viscérale sur la cartographie auriculaire : Jean Pierre Fossion (Bruges, Belgique)
12h. Méridiens, Lumière Infra-rouge, Acupuncture et Moxibustion : Klaus-Peter Schlebusch (Essen, Allemagne)
12h30. Présentation du programme des Échanges George Soulié de Morant 21 ou 28 mars 2009, « Acupuncture, Auriculo-Acupuncture et Cancer » avec P. Triadou, Ph. Jeannin et D. Alimi
14h.30. Bio-électricité et Acupuncture, Amputation, SEP et Parkinson Marc Piquemal (Asuncion, Paraguay)
15h. Douleurs de l'appareil locomoteur : Vivent les Triggers - A Shi points ! Patrick Sautreuil (Paris)
15h. Électroacupuncture : applications pratiques dans les algies et les addictions : Jean-Marc Stéphan (Lille)
16h30. Aménorrhées, acupuncture et neuro-modulation hypothalamo-hypophysaire : Traitement de 25 femmes aménorrhéiques par Acupuncture. Hypothèses neuro-physiologiques, Monique Mingam (Quimper)
16h30 – 17h. Acupuncture en Asie :
Acupuncture à Hong Kong, Pilar Margarit Bellver (Oliva, Espagne)
Acupuncture au Laos, Patrick Sautreuil et Pilar Margarit Bellver
Acupuncture à la Kyung Hee University de Séoul, Patrice Josset et Patrick Sautreuil

.....
Tarifs

Inscription aux Echanges Soulié de Morant 2008	100 €
· Membre ASMAF-EFA, GERA	80 €
· Echanges Soulié de Morant 2008 + Cotisation ASMAF-EFA + abonnement à la Revue Acupuncture & Moxibustion	140 €
· Echanges Soulié de Morant 2008 + Cotisation ASMAF-EFA + abonnement à la Revue Acupuncture & Moxibustion + abonnement à la revue de l'AFA (Association Française d'Acupuncture).....	190 €
· Cotisation à l'adhésion à l'ASMAF-EFA + abonnement à la revue Acupuncture & Moxibustion...	70 €
· Cotisation à l'adhésion à l'ASMAF-EFA + abonnement à la revue Acupuncture & Moxibustion + abonnement à la revue de l'AFA (Association Française d'Acupuncture).....	120 €
.. APRÈS LE 15 FÉVRIER 2008	120 €

**Chèque à libeller, SVP, à l'ordre de l'EFA,
2, rue du Général de Larminat - 75015 Paris**

Lettre à la rédaction

Bui Anh Tuan

Qu'est-ce que l'acupuncture ?

Merci à Pierre Dinouart-Jatteau d'avoir donné son avis [1], suite à l'article [2] par lequel j'avais souhaité participer au débat apparu dans les colonnes de *Acupuncture et Moxibustion*, sur la question : **Un acupuncteur doit-il, oui ou non, connaître le chinois ?**

Un tel débat public est, évidemment, difficile. La preuve en est qu'il n'a jamais eu lieu auparavant ; et que, depuis son apparition, il a suscité divers points de vue (y compris celui que je me suis permis d'exprimer), à première vue, difficilement conciliables. Faut-il pour autant couper court à ce débat, l'étouffer dans l'œuf... et le renvoyer au for intérieur de chaque acupuncteur ? Je ne le pense pas : non par esprit de vaine polémique, mais parce que j'estime ce débat très important.

En effet, partant d'une question apparemment banale (Un acupuncteur doit-il connaître le chinois ?), ce débat relève en fait de l'épistémologie, définie par le dictionnaire Robert [3] comme « *l'étude critique des sciences, destinée à déterminer leur origine logique, leur valeur et leur portée* ». C'est ce qu'il est possible, je pense, de démontrer, sur la base même des réflexions, qui m'ont beaucoup intéressé, de Pierre Dinouart.

« *Peut-on conclure ?* » dit Pierre Dinouart. Mais surtout, notre confrère précise : « *Faut-il prendre le temps pour parvenir à une conclusion ?* » Autrement dit : *Faut-il vraiment une réponse ?* Non pas une réponse individuelle : plus ou moins clairement formulée, et personnelle à chaque acupuncteur ; comme cela a toujours été le cas, jusqu'à présent. Mais une réponse collective : dûment motivée, et commune à l'ensemble des acupuncteurs.

En somme : *le débat apparu publiquement* (sur la nécessité ou non, pour un acupuncteur, de connaître le chinois) *serait-il, finalement, vraiment nécessaire ?*

Pierre Dinouart ne semble pas le penser puisque, dit-il, « *la question à débattre et à résoudre* ^(a) *est que [tel acupuncteur] en tant qu'asiatique peut prétendre à*

comprendre plus facilement la pensée chinoise ^(b) ». Pourquoi pas ?

Mais ces deux questions (utilité, pour un acupuncteur, de parler chinois ? utilité pour lui d'être asiatique... voire chinois ?) ne sont-elles pas complémentaires ? Ou plutôt, ne se rejoignent-elles pas, au fond ? Méritant toutes deux, également, d'être discutées ? Dans la mesure où elles ne représentent que deux façons de toucher, par des angles différents, une même problématique, consistant à définir les conditions qui seraient indispensables à une bonne connaissance de la pensée chinoise, à un bon exercice de l'acupuncture.

Cela étant posé, il est juste (si l'on veut rester pragmatique, utile...) de se demander : *Le débat peut-il aboutir à quelque résultat ?* Là, je rejoins tout à fait Pierre Dinouart dans son interrogation : « *Peut-on conclure ?* ».

En effet, définir les conditions nécessaires à une bonne connaissance de la pensée chinoise, un bon exercice de l'acupuncture, implique forcément qu'il y ait d'abord un accord général sur une compréhension rationnelle et caractérisée de cette réalité que représente la pensée chinoise, d'une part ; de la réalité de l'acupuncture, d'autre part ^(c). Or, cet accord existe-t-il ?

Cet accord ne semble pas exister pas en ce qui concerne la pensée chinoise. C'est ce que, antérieurement, j'ai eu l'occasion d'expliquer [2].

L'absence d'accord est encore plus patente s'agissant de l'acupuncture. Tant sont nombreuses les catégories dans lesquelles celle-ci est classée ^(d). Ainsi, arrive-t-il qu'on considère l'acupuncture comme :

- Une « **médecine parallèle** ». Sans aucun point commun, aucune intersection, avec la médecine que nous désignons souvent comme « occidentale » ?
- Une « **médecine alternative** », une « **médecine complémentaire** ». Une médecine marginale, une médecine d'appoint ?

- Une « **médecine non conventionnelle** ». Ainsi dénommée, par rapport à une médecine qui serait, elle, conventionnelle ? Mais sans qu'on sache nettement ce que signifie le mot même de « conventionnelle ».
- Une « **médecine traditionnelle** ». Non scientifique ?
- Une médecine relevant d'une « **médecine chinoise antique** ». Non moderne ?
- Une « **médecine globale** », sans qu'on sache très bien ce que recouvre cette expression. Une médecine qui appréhenderait le patient sous des aspects certes multiples, mais seulement juxtaposés, indépendants les uns des autres ? Ou bien, une médecine qui appréhenderait le patient comme un tout organiquement constitué ?

La tendance actuelle serait même, au niveau de textes officiels, de ne pas considérer l'acupuncture comme une véritable médecine, mais seulement comme une « **technique** »^(e).

Qu'y a-t-il de vrai dans tous ces qualificatifs ?^(f)

Comme dans toute profession, nous sommes, en tant qu'acupuncteurs, naturellement^(g) conduits à vouloir définir les conditions qui seraient indispensables à une bonne connaissance de la pensée chinoise, un bon exercice de l'acupuncture. Cette problématique n'est donc pas nouvelle ; mais il est évident que les conditions dans lesquelles on peut y répondre, ont grandement évolué ; des conditions enrichies par une somme sans précédent d'expérience multiforme.

En effet, sur ces dernières décennies, nous avons pu soigner un très grand nombre de malades, pour des maladies et des troubles les plus divers... Beaucoup d'entre nous sont allés en Chine. Certains y ont même longuement séjourné... Et un plus grand nombre qu'autrefois connaissent, peu ou prou, le chinois... Tandis que, au contraire, d'autres (la plupart) ne connaissent pas cette langue...

Il est naturel que toute cette expérience accumulée (clinique, mais aussi linguistique ou, au contraire, « a-linguistique »...) en vienne à vouloir s'exprimer... D'une façon ou d'une autre, car c'est toujours au travers d'un

hasard (ou d'une succession de hasards) que se manifeste toute nécessité... N'est-ce pas ainsi qu'on peut comprendre la signification de la série d'articles qui se sont succédé, dans *Acupuncture et moxibustion*, depuis l'article initiateur « *Ni shuo bu shuo zhong wen ?* [Parles-tu chinois ?] », publié en 2004, de Florence Phan-Choffrut ?

Quoi qu'on en pense, le fait est qu'un débat public a surgi. Mais le poursuivre, n'est-ce pas forcément, à la lumière de cette expérience accumulée, être conduits à dire ce qu'il y a de vrai (ou de faux) dans les différents qualificatifs qui ont été accolés à l'acupuncture, et que j'ai rappelés ci-dessus ? Et, par là, à comprendre plus complètement l'identité même de l'acupuncture^(h) ?

En cela, ne s'agit-il pas d'une démarche qui ressort véritablement du champ de l'épistémologie ? En tant que « *étude critique* », comme aurait dit le Robert, permettant de « *déterminer l'origine logique, la valeur et la portée* » de l'acupuncture. Ce qui représenterait certainement un progrès, et permettrait de répondre, en somme, à cette question qui reste encore bien souvent posée : **Qu'est-ce que l'acupuncture ?**

L'intérêt de ce débat n'est pas qu'intellectuel, académique... Touchant, en fin de compte, à la logique, la valeur et la portée de l'acupuncture, ce débat apparaît, au contraire, d'une grande importance pratique, et d'une grande actualité en cette période où (sous prétexte, notamment, que l'acupuncture ne serait qu'une simple technique... à n'employer qu'à titre d'appoint... dans un nombre limité de cas...) la plénitude d'exercice de notre profession est si fortement menacée.

Un débat public est apparu. Nous sommes libres, et pouvons décider : de le poursuivre, ou bien de l'arrêter.

En ce qui me concerne, et pour autant que les confrères le souhaiteront, il me semble que je puis aider à la poursuite de ce débat. Par d'autres articles à venir : pour suggérer quelques indices, mais aussi attirer l'attention sur certains pièges possibles.



D^r Bui Anh Tuan
84, Bd de Reuilly – 75012 Paris
☎ 01 43 46 94 89
✉ bui.anhtuan@voila.fr

Références

1. Dinouart-Jatteau P. Parler chinois : peut-on conclure ? Acupuncture et moxibustion. 2006;5(3):237.
2. Bui Anh Tuan. Parler chinois : est-ce nécessaire, est-ce suffisant ? Acupuncture et moxibustion. 2006;5(3):236.
3. Robert P. Le nouveau Petit Robert ; 1995.

Notes

- a. Souligné par moi

- b. Mis en gras par moi
- c. Réalité ; au sens de : identité profonde, pleine identité, complète identité.
- d. Par nous-mêmes, en tant qu'acupuncteurs, ou (ce qui revient au même) par d'autres avec notre accord tacite.
- e. Une technique qui ne serait, en outre, officiellement valable (donc remboursable par la Sécurité sociale) que dans un nombre limité d' « indications ».
- f. Signalons, pour être complet, que l'acupuncture est aussi désignée comme une « **orientation** », ou comme une « **médecine à exercice particulier** » (MEP). Mais, dans le cadre de cet article, ces qualificatifs ne sont pas à prendre en considération. Car il s'agit d'expressions qui n'impliquent aucun jugement de valeur et servent seulement à des fins de classement (administratif, ou statistique).
- g. Implicitement, ou explicitement.
- h. Et donc l'identité profonde de notre profession.

Les classiques médicaux chinois : état des traductions en langue française et anglaise.

Johan Nguyen

La médecine traditionnelle chinoise est basée notamment sur un corpus remarquable de textes écrits qui s'échelonnent sur plus de 20 siècles. L'accès direct à ce corpus en chinois est impossible pour l'immense majorité des praticiens francophones, d'où l'importance des

traductions. Les spécialistes s'accordent pour considérer que le cœur de ce corpus est constitué de 100 à 200 ouvrages fondamentaux [1-3]. A l'heure actuelle, nous avons identifié 80 traductions en langue française ou anglaise de 37 classiques médicaux chinois (tableau I). 20 à 30% du corpus fondamental est ainsi accessible en traduction. La qualité des traductions sera bien sûr discutée par les spécialistes et est à prendre en considération. Mais la mise à disposition pour de très nombreux classiques de différentes traductions permet au lecteur averti un regard croisé et critique. La liste établie n'est certainement pas exhaustive, mais est sans doute une bonne approche de la situation réelle.

Tableau I. Classement chronologiques et traductions disponibles des classiques de la MTC. La très grande majorité des classiques cités figurent dans les listes des ouvrages fondamentaux [1-3], mais avons ajouté d'autres textes d'intérêt médical dont la traduction était disponible. Certaines traductions ne sont que partielles ou n'ont qu'un intérêt historique.

Date	Auteur	Titre	Traductions anglaises ou françaises
		Royaumes Combattants (476-221 av J.C.)	
-	-	Huang Di Nei Jing Su Wen	Veith (1949) Chamfrault (1957) Nguyen Van Nghi (1973-1991) Lu (1973) Husson (1973) Kini Sunu (1980) Lavie (1990) Duron (1991-1998) Ni Maoshing (1995) Zhu Ming (2001) Unschuld (2003)

-	-	Huang Di Nei Jing Ling Shu	Chamfrault (1957) Lu (1978) Kini Sunu (1985) Ming Wong (1987) Brun (1988) Nguyen Van Nghi (1994-1995) Wu Jing-Nuan (2002) Ruderman (nd)
Qin et Han (221 av J.C. - 220 ap J.C.)			
186 av J.C.	-	Manuscrits Médicaux de Ma Wang Dui	Harper (1998)
1 ^{er} ou 2 ^{ème} siècle av J.C. ?	attribué à Bianque	Nan Jing	Lu (1978) Grison (1979) Nguyen Van Nghi (1980) Unschuld (1986) Bach Quang Minh (1989) Flaws (1999)
1 ^{er} siècle avant J.C.	?	Shen Nong Ben Cao Jing	Yang Shou-Zhong (1999)
150-219	Zhang Zhongjing	Jin Kui Yao Lue	Hong-Yen Hsu (1983) Luo Xiwen (1987)
150-219	Zhang Zhongjing	Shang Han Lun	Hong-Yen Hsu (1981) Ming Wong (1983) Despeux (1985) Luo Xiwen (1986) Nguyen Van Nghi (1987) Mitchell (1999)
Trois Royaumes, Jin, dynasties du Nord et du Sud (220-581)			
210-280.	Wang Shuhe	Mai Jing	X (1671) Cleyer (1682) Hervieu (1735) Nguyen Van Nghi (1993) Yang Shou-Zhong (2000)
215-282	Huang Fumi	Zhen Jiu Jia Yi Jing	Dang-Vu Hung (1989) Yang Shou-Zhong (2000) Milsky (2004)
Six dynasties 265-420	?	Zhong Zang Jing	Yang Shou-Zhong (1993)
283-343	Ge Hong	Shen Xian Zhuan	Campany (2002)
320	Ge Hong	Bao Pu Zi Nei Pian	Ware (1966) Che (1999)
Sui et Tang (581-907)			
581-682.	Sun Simiao	Yin Hai Jing Wei	Thomas (1982) Kovacs (1998)
652	Sun Simiao	Qian Jin Fang	Despeux (1990)
796- ?	Lu Dongbin	Tai Yi Jin Hua Zong Zhi	Wilhem (1962) Liou Tse Houa (1969) Grison (1970)

Song (960-1279)			
-	Yang	Yu Long Fu	Dang-Vu Hung (1981)
-	attribué à Zhongli Quan	Ling Pao Pi Fa	Baldrian-Hussein (1984)
Jin-Yuan (1115 - 1368)			
1247	Song Ci	Xi Yuan Ji Lu	Cibot (1776) Harland (1855) Mc Knight (1981)
1249	Li Dongyuan	Pi Wei Lun	Yang Shou-Zhong (2000)
1280-1358	Zhu Senheng (Zhu Danxi)	Dan Xi Xin Fa	Yang Shou-Zhong (1993)
1280-1358	Zhu Senheng (Zhu Danxi)	Ge Zhi Yu Lun	Yang Shou-Zhong (1994)
1330	Hu Sihui	Yin Shan Cheng Yao	Buell (2000)
Ming (1368 - 1644)			
1505	Liu Wentai	Ben Cao Pin Hui Jing Yao	Buc'hoz (1781)
1564	Li Shizhen	Bin Hu Mai Xue	Seifert (1985) AFA (1987) Flaws (1998)
ère wanli 1573-1620	Zhou Lujing	Chi Feng Sui	Despeux (1988)
1575	Li Chan	Yi Xue Ru Men	Soulié de Morant (1983)
1593	Li Shizhen	Ben Cao Gang Mu	Luo Xiwen (2003)
1601	Yang Jizhou	Zhen Jiu Da Cheng	Darras (1981) Nguyen Van Nghi (1982) Bertschinger (1991)
Qing (1644 - 1911)			
1668	Zhang Deng	Shang Han She Jian	Lu (1980)
1742	?	Fu Ke Xin Fa Yao Jue	Yu Shen (2005)
1757	Xu Dachun	Yi Xue Yuan Liu Lun	Unschuld (1990)
1827	Fu Qingzhu.	Fu Qing Zhu Nu Ke	Yang Shou-zhong (1992)
1830	Wang Qingren	Yi Lin Gai Cuo	Yuhsin Chung (2007)
1860-?	Zhao Bichen	Wei Sheng Sheng Li Xue Ming Zhi	Despeux (1979)
1860-?	Zhao Bichen	Xing Ming Fa Jue Ming Zhi	Lu K'uan-Yü (1970)
1884	Tang Rong Chuan	Xue Zheng Lun	Colin (1983)
?	Ye Hengyin	Nu Ke Zhi Nan	Flaws (2001)



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

Références

1. Xie Zhu-Fan *Classified Dictionary of Traditional Chinese Medicine*. Beijing: Foreign Languages Press; 2002.
2. Lu HC. *Introduction to chinese classics in medicine*. Vancouver: Academy of Oriental Heritage; 1984.
3. Gourion A, Roy JY. Principaux auteurs et ouvrages de la médecine traditionnelle de l'antiquité à nos jours. *Revue Française de MTC*. 1998;128:123-42.

Références des traductions

Les traductions sont classées par ordre alphabétique d'auteur.

1. AFA. Binhu Maixue. *Traité des pouls*. Paris: Editions de la Tisserand; 1987.
2. Bach Quang Minh et Rudermann J. *Nan Jing. Explications et commentaires*. Nîmes: AFERA; 1989.
3. Baldrian-Hussein F. *Procédés secrets du joyau magique. Traité d'alchimie taoïste du XI^e siècle*. Paris: Les Deux Océans; 1984.
4. Bertschinger R. *The Golden needle and other odes of traditional acupuncture* Edinburgh: Churchill Livingstone; 1991. (traduction du livre II du dacheng).
5. Brun C. *Les canons de l'acupuncture. Traduction française de «huangti nei ching ling shu»*. Lausanne: Edition de l'Aire; 1988.
6. Buc'hoz PJ. *Herbier ou collection des plantes médicinales de la Chine*. Paris: 1781.
7. Buell P, Anderson E, Perry C. *A Soup for the qan: chinese dietary medicine of the mongol era as seen in Hu Szu-Hui's Yin-Shan Cheng-Yao*. London: Kegan Paul International; 2000.
8. Campany RF. *To live as long as heaven and earth: Ge Hong's traditions of divine transcendents*. Berkeley: University of California Press; 2002.
9. Chamfrault A et Ung Kang Sam. *Les livres sacrés de médecine chinoise*. Angoulême: Editions Coquemard; 1957.
10. Che P. Ge Hong, *La Voie des divins immortels. Les chapitres discursifs du Baopuzi neipian*. Paris: Gallimard; 1999.
11. Cibot PM. *Notice du livre chinois si-yuen. in Mémoires concernant l'histoire, les sciences, les arts, les mœurs, les usages... des Chinois par les missionnaires de Pékin. 1776-91. Tome IV : 421-440*.
12. Cleyer A. *Specimen medicinae sinicae*. Francfort sur le Main: Zubrodt, 1682.
13. Colin D. *Des maladies du sang, xue zheng lin*. Paris; 1983.
14. Dang Vu Hong. *Chant du dragon de jade*. Longeville les Metz: JM Levesse; 1981.

15. Dang-Vu Hung. *Jia Yi Jing (Canon d'acupuncture de Huang Fu Mi). Elements de base de l'acupuncture*. Paris: Masson; 1989.
16. Darras JC. *Zhen jiu da cheng*. Paris: Editions Darras; 1981-1982 (3 volumes).
17. Despeux C. *Zhao Bichen: Traité d'alchimie et de physiologie taoïste (Weisheng Shenglixue Mingzhi)*. Paris: Les Deux Océans; 1979.
18. Despeux C. *Shang han lun. «Traité des coup de froid»*. Paris: Editions de la tisserand. 1985.
19. Despeux C. *La Moelle du phénix rouge. Santé et longue vie dans la Chine du XVI^e siècle*. Paris: Guy Trédaniel; 1988.
20. Despeux C. *Prescriptions d'acupuncture valant milles onces d'or, traite d'acupuncture de Sun Simio du VII^e siècle*. Paris: Guy Trédaniel Editeur; 1990.
21. Duron A. *Su wen*. Paris: Editions Trédaniel; 1991-1998 (3 volumes).
22. Flaws B. *The Lakeside master's study of the pulse*. Boulder: Blue Poppy Press; 1998.
23. Flaws B. *The Classic of difficulties: a translation of the nan jing*. Boulder: Blue Poppy Press; 1999.
24. Flaws B, Shuai Xue-Zhong. *A Guide to gynecology (nu ke zhi nan)*. Boulder: Blue Poppy Press; 2001.
25. Grison P. *Le Traité de la fleur d'or du suprême un*. Paris: Villain et Belhomme; 1970.
26. Grison P, Mussat M. *Nan king. Les 81 difficultés de l'acupuncture*. Paris: Maloine; 1979.
27. Harland WA. *Records of washing away of injuries*. Hong Kong; 1855.
28. Harper D. *Early chinese medical literature*. London: Kegan Paul International; 1998.
29. Hervieu JP. *Secret du pouls, traduit du chinois in Du Halde, JB. Description géographique, historique, chronologique, politique et physique de l'empire de la Chine et de la Tartarie chinoise / vol. III*. Paris : P.G. Lemercier; 1735.
30. Hong-Yen Hsu, Peacher WG. *Shang han lun, the great classic of chinese medicine*. Los Angeles: Oriental Healing Arts Institute; 1981.
31. Hong-Yen Hsu, Su-Yen Wang. *Chin kuei yao lueh, prescriptions from the golden chamber, a chinese medical classic*. Los Angeles: Oriental Healing Arts Institute; 1983.
32. Husson A. *Huang di nei jing su wen*. Paris: ASMAF 1973.
33. Ki Sunu, Yunkyo Lee. *The canon of acupuncture. The yellow emperor's canon of internal medicine (book 1)*. Seoul : Korea Acupuncture Society; 1980.
34. Kini Sunu. *The canon of acupuncture. Huangti nei ching ling shu*. Los Angeles: Yun University press; 1985.
35. Kovacs J et Unschuld P. *Essential subtleties on the silver sea. The yin-hai jing-wei: a chinese classic on ophthalmology*. Berkeley: University of California Press; 1998.
36. Lavier JA. *Nei Tching Sou Wen*. Pardes; 1990.
37. Liou Tse Houa. *Lu Tsou, Le secret de la fleur d'or, trad.* Paris: Ed. Librairie de Médecis; 1969.
38. Lu HC. *The yellow emperor's book of acupuncture*. Vancouver: Academy of Oriental Heritage; 1973.

39. Lu HC. A complete translation of nei ching and nan ching. Vancouver: Academy of Oriental Heritage; 1978. (4 volumes).
40. Lu HC. Tongue diagnosis in color. Vancouver: Academy of Oriental Heritage; 1980.
41. Lu K'uan-Yü. Taoist Yoga: Alchemy and immortality. A translation, with introduction and notes, of the secrets of cultivating essential nature and eternal life (hsing ming fa chüeh ming chih) by the taoist master Chao Pi Ch'en, born 1860. London: Rider and Co; 1970.
42. Luo Xiwen. Treatise on febrile diseases caused by cold (shang han lun). Beijing: New World Press; 1986.
43. Luo Xiwen. Synopsis of prescriptions of the golden chamber (jinkui yaolue fanglun). Beijing: New World Press; 1987.
44. Luo Xiwen. Compendium of material medica (ben cao gang mu). Beijing: Foreign languages Press; 2003. (6 volumes).
45. Mc Knight BE. The washing away of wrongs. Ann Arbor: Center for Chinese Studies, University of Michigan; 1981.
46. Milsky C. Zhenjiu jiayi jing. Paris: Guy Trédaniel éditeur; 2004. 2 volumes.
47. Ming Wong. Shang Han Lun. Paris: Masson; 1983.
48. Ming Wong. Ling-shu. Base de l'acupuncture traditionnelle chinoise. Paris: Masson; 1987.
49. Mitchell C, Feng Ye, Wiseman N. Shang Han Lun (On Cold damage): translation & commentaries. Taos: Paradigm Publications; 1999.
50. Nguyen Van Nghi et al. Hoang ti nei king so ouenn. Marseille: Edition NVN; 1973-1991. 4 Volumes.
51. Nguyen Van Nghi. Nan king. Marseille: Cedat; 1980.
52. Nguyen Van Nghi, Tran Viet Dzung, Recours C. Le chant du dragon de jade.. Mensuel du Médecin Acupuncteur. 1981;85:565-71.
53. Nguyen Van Nghi, Tran Viet Dzung et Recours-Nguyen C. Art et pratique de l'acupuncture et de la moxibustion selon zhen jiu da cheng de Yang Chi Chou. Marseille: Edition NVN; 1982. (3 volumes).
54. Nguyen Van Nghi et Recours-Nguyen C. Shang Han Lun- Maladies évolutives des 3 yin et des 3 yang. Marseille: Edition NVN; 1987.
55. Nguyen Van Nghi, Bui Van Tho et Recours-Nguyen C. Mai Jing. Classique des pouls de Wang Shu He. Marseille; Edition NVN; 1993.
56. Nguyen Van Nghi, Tran Viet Dzung et Recours-Nguyen C. Huangdi Neijing Lingshu. Marseille; Edition NVN; 1994-1995. 3 Volumes.
57. Ni Maoshing. The Yellow emperor's classic of medicine. A new translation of the neijing suwen with commentary. Boston and London: Shambhala Publications; 1995.
58. Rudermann J. Huang di nei jing ling shu. Nîmes: AFERA; nd.
59. Seifert G, Hoc Ku Huynh. Pulse Diagnosis. Taos: Paradigm Publications; 1985.
60. Shou-zhong Yang, Chace C. The systematic classic of acupuncture and moxibustion. Bulder: Blue Poppy Press; 2000.
61. Soulié de Morant G. Le diagnostic par les pouls (le I Sio Jou Menn traduit et commenté). Paris: Guy Trédaniel; 1983.
62. Thomas L. Un traité chinois d'oculistique le yin hai jing wei attribue à Sun Simiao (dynastie des Tang). Traduction annotée et commentaire. Paris: Editions l'Harmattan; 1982.
63. Unschuld PU. Medecine in china : nan-ching, the classic of difficult issues. Berkeley: University of California Press; 1986.
64. Unschuld P. Forgotten traditions of ancient chinese medicine: A chinese view from the eighteenth century. Taos: Paradigm Publications; 1990.
65. Unschuld PU. Huang di nei jing su wen. Berkeley: University of California Press; 2003.
66. Veith I. The yellow emperor's classic of internal medicine. Baltimore: Williams and Wilki; 1949.
67. Ware J. Alchemy, medicine and religion in the China of A.D.320, the nei p'ien of ko hung. Cambridge: M.I.T. Press; 1966.
68. Wilhem R. The secret of the golden flower. A chinese book of life. London: Routledge and Kegan Paul; 1962.
69. Wu Jing-Nuan. Ling shu or the spiritual pivot. Honolulu: University of Hawaii Press; 2002.
70. X. Les secrets de la médecine des Chinois consistant en la parfaite connaissance du pouls. Grenoble : Philippe Charvys, 1671.
71. Yang Shou-zhong, Liu, Da-wei. Fu Qing-zhu's Gynecology. Boulder: Blue Poppy Press; 1992.
72. Yang Shou-zhong. The heart & essence of dan-xi's methods of treatment. Boulder: Blue Poppy Press; 1993.
73. Yang, Shou-zhong. Master Hua's classic of the central viscera: A translation of the zhong zang jing. Boulder: Blue Poppy Press; 1993.
74. Yang Shou-zhong & Duan Wu-jin. Extra treatises based on investigation & inquiry: A translation of zhu dan-xi's Ge Zhi Yu Lun. Boulder: Blue Poppy Press; 1994.
75. Yang Shou-zhong. Divine farmer's materia medica: A translation of the shen nong ben cao. Boulder: Blue Poppy Press; 1999.
76. Yang Shou-zhong, Li Jian-yong. Li dong-yuan's treatise on the spleen and stomach: a translation of the pi wei lun. Bulder: Blue Poppy Press; 2000.
77. Yang Shou-zhong. The pulse classic: translation of the mai jing by Wang Shuhe. Bulder: Blue Poppy Press; 2000.
78. Yu Shen. A Heart Approach to gynecology: essentials in verse (fu ke xin fa yao jue). Taos : Paradigm Publications; 2005.
79. Yuhsin Chung, Oving H, Becker S. Yi lin gai cuo (correcting the errors in the forest of medicine). Boulder: Blue Poppy Press; 2007.
80. Zhu Ming. The medical classic of the yellow emperor. Beijing: Foreign Languages Press; 2001.

Le Chaos *Hun-dun* et le monde *yin-yang* selon Daodejing

Henning Strøm

Il y a un an Claude Pernice a publié dans cette revue : « *Peut-on réécrire Zhuangzi, faute de pouvoir le traduire ?* » [1]. Cet article très intéressant traitant de l'aphorisme sur les rapports entre le Chaos et les sept orifices de la tête (la sensorialité est un terme réducteur car les orifices servent aussi à manger et à respirer), montre les failles des traductions existantes, ouvre de nouvelles perspectives, incite à élargir les interprétations. En lisant le texte chinois, un rapprochement avec Daodejing [2] me semble évident (peu importe laquelle des deux œuvres a inspiré l'autre [3-5]) ; alors le sens de l'aphorisme concerne les rapports non seulement entre le Chaos et les organes des sens, mais entre le Chaos et toute la manifestation. D'où mon article qui est, je pense, complémentaire de celui de Claude Pernice.

Ma proposition de traduction du texte chinois

Le souverain (*di* 帝) de la mer du Sud était *Shu*, rapide, *yang* ; le souverain de la mer du Nord était *Hu*, inattentif, étourdi, *yin* ; le souverain du centre était *Hun-dun*, Chaos, le un indifférencié. *Shu* et *Hu* (*yin* et *yang* appartenant au monde *you* 有, le monde concret, palpable, matériel, dualiste et multiple) se rencontraient (*yin-yang*) de temps en temps dans le pays (*di* 地) de *Hun-dun* (appartenant au monde *wu* 無, le non-être, le non-avoir, l'invisible, le non-manifesté), qui les accueillait avec beaucoup de bonté (*shan* 善). *Shu* et *Hu* désirant lui exprimer leur reconnaissance pour sa Vertu (*De* 德) lui dirent : « *Tous les hommes ont sept orifices qui leur permettent de voir, d'entendre, de manger et de respirer (d'appartenir au monde you). Vous seul en êtes dépourvu, nous vous proposons de percer ces orifices* ». Et chaque jour ils lui percèrent un orifice ; le septième jour *Hun-dun* mourut (*you* avait transformé *wu* en *you*).

Mon explication du texte à la lumière de Daodejing

Le souverain *di* 帝 est mentionné dans Daodejing à la strophe 4 à propos du Tourbillon Profond *Yuan*, la source éternelle et inépuisable de vie qui existe avant le souverain, c'est-à-dire avant le Souverain Céleste qui personnalise le Ciel. Le Ciel est considéré comme un être vivant, comme une personne. De même le Sud, le Nord et le centre (Chaos, le *Dao*) sont des êtres vivants. Le *Dao* n'est pas un principe abstrait, mais Il vient à notre secours dès qu'on L'appelle (strophe 62).

Shu et *Hu* appartiennent au monde manifesté *you* qui est partagé en *yin* et *yang*. Le centre Chaos fait partie d'un autre monde *wu* (il n'est pas une mer comme les deux autres, mais un lieu indéfini (*di* 地)). Le centre par rapport au Sud et au Nord ou par rapport aux quatre éléments périphériques les engendre et les englobe [6] ; le centre est sur un plan au-delà de la distinction dualiste (Nord-Sud), donc il fait partie du chaos. Dans différents récits sur la création du monde, il existe au départ un vide indifférencié ou un chaos au milieu entouré de deux pôles opposés et complémentaires. L'interaction entre le centre et les deux pôles en périphérie a été décrite dans cette revue sous le titre : « *Redonner à chongmai sa place originelle* » [7].

La strophe 11 dit : « *Trente rais se réunissent pour faire un moyeu. La fonction de la roue vient de wu, l'usage du char vient de you* ». Au centre (le moyeu de la roue) réside *wu*, à la périphérie (les trente rais de la roue) réside *you*. La strophe 4 décrit le *Dao* comme un Tourbillon Profond *Yuan* avec le vide et le calme remplis de puissance au centre (comme l'œil d'un cyclone) et avec un courant en périphérie façonnant les dix mille êtres. Le symbole *Hetu* ㊦ montre bien le vide au centre *wu* et les mers de *yin* et de *yang* en périphérie *you* [6]. La strophe 40 nous indique la différence de hiérarchie entre *wu* et *you* : « *Les dix mille êtres du bas monde naissent et vivent par you, you est né et existe par wu* ». C'est grâce à *wu* au centre qui inonde tout *you*, que les mers du Sud et du Nord peuvent exister (mais *wu* peut exister sans *you*). Mais il est également dit à la strophe 2 que *you* et *wu* sont interdépendants, qu'il y a des rapports réciproques.

Quelle est la signification de *Hun-dun* selon Daodejing ? À la strophe 14 le *Dao* est décrit comme indifférencié et un ; à la strophe 21 comme un être indistinct avec dedans en profondeur des images et des êtres indistincts et obscurs, avec une quintessence *jing* extrêmement vraie et avec la sincérité ; à la strophe 25 comme un être confus et parfait, vide et immense, indépendant et inchangeant, qui obéit à sa propre nature spontanée, la loi de la nature ou *wuwei* (le non-agir).

Shengren (l'homme saint et sage) a compris sa dépendance du *Dao* comme source de vie, il cherche à L'imiter, à s'unir avec Lui, à s'identifier avec Lui. Il se libère des attachements au bas monde *you* pour contempler le *Dao* dans Son essence (strophe 1), il abandonne la connaissance discursive basée sur le langage et la conception dualiste, à la place il décide de pratiquer le *wu wei* (strophe 2). Laozi décrit à la strophe 20 sa méthode pour rejoindre le *Dao* : rechercher l'état chaotique du nouveau-né, être sans connaissance, être dans le trouble, dans la confusion, flotter sans repères, être étourdi comme la mer. Ainsi il imite le chaos du *Dao* pour mieux s'identifier et communiquer avec Lui.

Shu et *Hu* se rencontraient de temps en temps dans le pays de *Hun-dun* qui les accueillait avec beaucoup de bonté (*shan*) et de Vertu (*De*) (comme l'hôte qui reçoit les invités [8]). *Yin* et *yang* sont différenciés à partir du *Dao*, Chaos, et ils ne peuvent pas continuer à exister en dehors de cette Unité primordiale (*you* est né et existe par *wu*). Mais en plus les dix mille êtres du bas monde ont besoin pour vivre que *yin* et *yang* se rencontrent. Cette rencontre entre *yin* et *yang* ne peut avoir lieu qu'au centre [9]. Et *Shu* et *Hu* ont constaté que *Hun-dun* (le *Dao*) est vraiment bon et vertueux. (Il est frappant qu'aucun traducteur ne traduise le mot *De* 德, pourtant un mot clé essentiel du taoïsme ; c'est un préjugé répandu que la Vertu du *Dao* ne peut pas être vertueuse, alors on s'arrange pour ne pas nommer ou traduire *De*).

« Le *Dao* est vrai et sincère » (strophe 21). « Les dix mille êtres s'appuient sur Lui pour naître et vivre et Il ne leur refuse rien. Il habille et nourrit les dix mille êtres et Il n'agit pas en maître. Les dix mille êtres retournent à Lui à la mort et Il n'agit pas en maître » (strophe 34). « Le *Dao* se cache

et est sans nom. Seul le *Dao* est capable et veut bien tout prêter (aux êtres) et de plus (les) conduire à la perfection » (strophe 41). La strophe 51 est encore plus précise : « Le *Dao* fait naître les êtres. La Vertu nourrit, élève et prend soin des êtres... C'est pourquoi, personne, parmi les dix mille êtres, ne peut pas ne pas honorer le *Dao* et apprécier la Vertu. L'honneur du *Dao* et l'appréciation de la Vertu ne viennent pas d'un destin décrété par quelqu'un, mais c'est dans leur nature immuable. C'est pourquoi le *Dao* fait naître les êtres, les nourrit et prend soin d'eux, les fait croître, les éduque, les accomplit, les mûrit, les alimente, les protège. Il leur donne vie et ne se les approprie pas, Il les aide et ne s'appuie pas sur eux, Il les fait croître et ne les tue pas. C'est ce qu'on appelle la Vertu profonde et mystérieuse ».

Shu et *Hu* se sont rendu compte de la bonté et de la Vertu de Chaos, ils ont apprécié Ses bienfaits et veulent Le remercier en lui faisant du bien (comme les invités qui remercient l'hôte). Mais ils sont du bas monde *you*, l'un rapide, l'autre étourdi, ils ont une vue limitée (le Nord ou le Sud), ils ont pris pour modèle non pas le *Dao* ou *Shengren*, mais l'homme ordinaire qui construit sa réalité dualiste à partir de ses sens. « Celui qui ne connaît pas l'éternité devient insensé et produit le malheur » (strophe 16). C'est pourquoi ils proposent à Chaos un « bienfait » insensé (qui va produire le malheur), la perforation des sept orifices.

Comme c'est la nature de *Chaos* (le *Dao*) de ne s'opposer à personne, Il les laisse perforer les sept orifices. Pour chaque orifice perforé, l'unité indifférenciée devient de plus en plus différenciée, et parallèlement *wu* se transforme de plus en plus en *you* jusqu'à disparaître (mourir). Mais en réalité le *Dao* (Chaos, *wu*) ne peut pas disparaître ou mourir car Il est éternel et inépuisable. Quand Chaos crée l'homme en sept jours (comme Dieu crée le monde en une semaine) Il n'est diminué en rien, même pas fatigué. Ce qu'il faut comprendre dans l'aphorisme c'est que l'homme ordinaire peut faire disparaître ou faire mourir la part de *wu*, Chaos, *Dao* en lui. Comme le *Dao* est tellement discret et se cache, l'homme ordinaire L'oublie et a tendance à s'identifier à son ego qui est distinct de sa véritable identité, il cultive *you* et néglige *wu*, il mène une vie basée sur les sens et occupée par les affaires du monde

extérieur, et souvent il ne découvre le *Dao* qu'au moment de sa mort quand il doit retourner à Lui.

Quelles seront les conséquences pour *Shu* et *Hu* d'avoir provoqué la mort de Chaos (d'avoir fait disparaître le *Dao* de leur vie) ? Ils ne pourront plus bénéficier de la bonté et de la Vertu du *Dao*, comme ils ont coupé leur source de vie ils devront vivre une existence pénible où ils ne peuvent compter que sur eux-mêmes (comparer avec la condition d'Adam et Eve qui doivent quitter le Paradis, le centre).

Shu et *Hu* représentent donc l'homme et l'humanité qui vénèrent le monde *you* et une vie basée sur les sens. Aujourd'hui, plus que jamais, l'humanité se détourne du *Dao* et de *wuwei*, développe au nom du progrès une technologie qui menace les êtres et la nature et fabrique des êtres nouveaux à partir d'un indifférencié. Cette évolution de l'homme et de l'humanité en chute libre depuis les premiers hommes qui étaient proches du *Dao* est décrite dans *Daodejing* et dans *Suwen* : Plus le temps avance, plus l'homme prend distance du *Dao* pour développer des capacités *you* par lui-même, et plus il perd les pouvoirs *wu* du *Dao*. Les onze points du Méridien du Poumon décrivent par leurs noms cette même évolution par onze stades [10].

L'aphorisme du *Zhuangzi* peut encore être interprété plus concrètement par les acupuncteurs : les sept orifices de la tête créés en sept jours à partir du Chaos. Chez l'homme, le Chaos se trouve dans l'Estomac où les aliments sont transformés en chaos. Le premier jour est perforé le trou RM12 *zhongwan* (Estomac central) où le *qi* démarre sa circulation dans les douze Méridiens principaux. Les jours suivants sont perforés les points PO1 jusqu'à PO6. PO6 *kongzui* (Importance extrême des Orifices) est le point perforé le septième jour, et, par analogie, il devient le point maître des sept orifices de la tête [11].

Comment l'aphorisme du *Zhuangzi* peut servir en acupuncture ?

L'acupuncteur sait que pour influencer *you* chez beaucoup de malades, il est plus efficace d'agir par *wu* (*wuwei*) que par *you* (*wei*) (comparer *Daodejing* strophe 38). Comme *Shengren* il cherche alors à privilégier *wu* pour avoir les meilleurs résultats de ses traitements.

En stimulant les points d'acupuncture il s'adresse à *wu*, car le point agit comme un centre, comme un vide, comme une unité indifférenciée (qui concentre du *qi* et des tissus indifférenciés). Pour déterminer les points à traiter il peut aussi préférer *wu* à *you* et utiliser des méthodes de *wuwei* pour restaurer l'unité perdue avec le *Dao* chez le malade. Les anciens *Shengren* nous ont légué les noms des points d'acupuncture qui indiquent leur fonction *wu* pour nous aider à faire le bon choix. Mais pour trouver la véritable guérison le malade doit lui-même contribuer à retrouver l'unité avec le *Dao* en l'imitant ainsi que Sa Vertu.

Le *Yijing* expose une méthode de communication avec le monde *wu* (le *Dao*) pour connaître sa Voie ou pour trouver une solution à une situation difficile, basée sur la détermination par le hasard de *yin* ou de *yang*. Le hasard est aussi Chaos, c'est donc Chaos qui choisit tantôt *Shu*, tantôt *Hu*. La divination est à l'origine un acte religieux (comme le mot l'indique), on imite le hasard (comme Laozi imite le chaos) par la méthode de divination afin de communiquer avec Chaos (le *Dao*). Mais Chaos en tant qu'unité indifférenciée est à la fois hasard et détermination, c'est Sa manière d'agir dans la nature, et dès qu'on s'adresse à Lui Il donne une réponse qui est déterminée par Lui et sur laquelle on peut compter. Le caractère *zhen* 貞 persévérance, continence, virginité est expliqué par Wiegner dans sa leçon étymologique 56C [12] 貞 « Honoraires d'un devin ; somme de 貞 cauris qu'on donnait à celui qui 卜 flambait l'écaille. La solution reçue, était considérée comme ce qu'il y avait de plus certain, de plus solide, de plus immuable au monde. De là les sens dérivés, immutabilité, constance, persévérance dans un propos en général, persévérance dans le propos de garder la continence en particulier ».

Autrefois le tirage au sort (quand il n'était pas truqué), par exemple pour sélectionner ceux qui devaient faire le service militaire, était bien considéré comme une réponse du destin. Mais souvent aujourd'hui le scientifique (prisonnier de ce qu'il a appris) rit à grands éclats du *Dao* et du destin. Cependant il fait toujours appel au Chaos (l'unité indifférenciée) pour élaborer la science et la technologie, mais il L'a réduit au monde

you. Dans ses expériences contrôlées et randomisées il détermine des groupes en faisant le tirage au sort. Il croit que c'est lui seul qui contrôle son expérience.

Des centres occupés par Chaos

Nous avons déjà parlé de la roue, du cyclone, du Tourbillon Profond *Yuan*, où le centre correspond à *wu*, le un vide rempli d'énergie indifférenciée qui gouverne et dynamise la périphérie *you*. Le trou noir est un exemple d'un tourbillon où dans l'axe central l'espace-temps, l'énergie et la matière se fondent en un brouillard sans repères et sans mémoire. La galaxie tourne autour de son propre axe central occupé par un trou noir, comme une roue qui tourne autour du moyeu.

Comme Claude Pernice l'indique, chez l'homme, le centre du cerveau est occupé par l'indétermination, l'incertitude et l'imprévisibilité (*wu*, le chaos, l'énergie indifférenciée), alors que la périphérie du cerveau correspond à une différenciation en lien avec le monde extérieur *you* par les sens. Pendant la méditation où l'on rejoint le *Dao*, on ferme les orifices pour faire fonctionner le centre (on s'occupe de son intérieur) (strophe 12, 56).

RM12 *zhongwan* Estomac central est un centre par rapport aux *zangfu* et par rapport à la grande circulation du *qi* nutritif dans les douze Méridiens. Ici, au Réchauffeur Moyen, les aliments sont transformés en chaos qui devient la source qui entretient toute la fonction végétative, les *zangfu* et la circulation du *qi* dans les douze Méridiens comme une roue qui tourne autour du moyeu RM12 entre FO14 et PO1.

RM8 est un centre qui contient le chaos sous forme de cellules indifférenciées avec une grande vitalité, des cellules souches. En acupuncture, on peut stimuler cette capacité de régénération en faisant des moxas sur du sel. RM17 *danzhong* Centre de la Poitrine (elle-même au centre entre la tête (le Ciel) et le ventre (la Terre) est comme un moyeu d'une roue qui fait circuler en orbite le *qi* ancestral et le sang dans les vaisseaux. Dans ce centre réside *De* 德 la Vertu du Cœur, et le *qi* authentique qui exprime la vérité et la sincérité du *Dao* [13].

DM20 *Baihui* Cent Réunions situé au sommet de la tête, le Ciel, correspond à l'Etoile Polaire *Tai Yi* 太一 ou *Tai Yi* 太乙 Unité Suprême. Dans ce centre du Ciel réside le un indifférencié qui permet d'avoir une vue globale pour faire la relation juste avec le multiple.

En conclusion je remercie Claude Pernice d'avoir fait connaître ce texte du *Zhuangzi* qui me semble tellement proche du *Daodejing*. Toutes les deux œuvres exposent les grands principes dans l'univers, dans l'homme, à la base de l'acupuncture. Ils peuvent servir de source d'inspiration pour notre évolution personnelle et professionnelle.



D^r Henning Strøm
104, bd de la Plage - 33120 Arcachon
☎ 05.56.83.67.82
☎ 05.56.54.93.65

Références :

1. Pernice C. Peut-on réécrire *Zhuangzi*, faute de pouvoir le traduire ? *Acupuncture & Moxibustion* 2006;5(2):148-154.
2. *Daodejing* à l'usage des acupuncteurs. Traduit par Strøm H. Paris: You Feng; 2004.
3. Cheng A. Histoire de la pensée chinoise. Paris: Seuil; 1997.
4. Dinouart-Jatteau P. Leçons sur *Tchouang-Tseu*. *Acupuncture & Moxibustion* 2005;4(3):241.
5. Pernice C. Analyse de Leçons sur *Tchouang-Tseu* de Jean-François Billeter. *Acupuncture & Moxibustion* 2005;4(4):316-320.
6. Strøm H. Cycles cosmiques en acupuncture traditionnelle. Analogies entre ciel-terre-homme. Paris: Masson; 1989, pages 13-15, 19-31.
7. Strøm H. Redonner à *chongmai* sa place originelle. *Acupuncture & Moxibustion* 2004;3(2):124-127.
8. Cassuto B. Vide et grand, une métaphysique au centre du corps, à propos de *xuli* et *dabao*. *Acupuncture & Moxibustion* 2006;5(4):334-342.
9. Escalle E. Billet d'un illettré des montagnes de l'Est. *Acupuncture & Moxibustion* 2006;5(2):97.
10. Strøm H. L'histoire de l'homme et de l'humanité révélée par les points du Méridien du Poumon. *Acupuncture & Moxibustion* 2006;5(4):303-312.
11. Strøm H. *Kongzui* PO6 et les sept orifices de la tête. Actes du congrès FAFORMEC Paris 2007.
12. Wiegler L. Caractères chinois. Etymologie, graphies, lexique. Taichung, Taiwan: Kuangchi Press; 1978.
13. Strøm H. *Danzhong* VC17 et équilibre psychique. Actes du congrès FAFORMEC Lyon 2005.



modulo 100

Le Système modulaire qui se construit selon vos besoins

A vous de choisir les Modules
qui vous conviennent...

Détection simple
Détection différentielle
Détection automatique
Stimulation par capteur

Stimulation 4 électrodes

LED rouge
LED infra-rouge
LED blanche

Laser pulsé 1W
Laser pulsé 15W
Laser pulsé 40W
Laser superpulsé 40W



Chemin des Mûriers F-69540 IRIGNY
Tel. : (+33) 04 72 66 33 22 - Fax. : (+33) 04 78 50 89 03
E-mail : sedatelec@sedatelec.com - Web : www.sedatelec.com



Pratique en acupuncture auriculaire

Yves Rouxeville, Yunsan Meas

L'Auriculothérapie en France : le pôle de Nantes

La place de l'Auriculothérapie

L'Auriculothérapie au sein des réflexothérapies

Officiellement, l'Acupuncture est une thérapeutique « consistant à piquer des aiguilles très fines dans des points très précis du corps ». À ce titre, l'Auriculothérapie fait partie de l'Acupuncture.

Le Pr Bossy a classé l'Auriculothérapie comme un « *microsystème de l'Acupuncture* » [1].

Pour l'ICMART, l'Auriculothérapie est une « *related technique* », une technique dérivée, ne faisant pas partie du corpus de l'Acupuncture Traditionnelle Chinoise. Elle a été classée par l'OMS comme « Acupuncture auriculaire » (groupe d'études sur la nomenclature, en 1990).

Le mode d'action principal de l'Acupuncture et de l'Auriculothérapie étant la voie du système nerveux, il est logique qu'elles soient toutes deux classées au sein des Réflexothérapies.

Née en France, l'Auriculothérapie est représentée et enseignée dans son pays d'origine en trois pôles bien distincts.

Le pôle associatif de Lyon

En France et à l'étranger, le Groupe Lyonnais d'Études Médicales (GLEM) est l'association connue depuis une quarantaine d'années, en raison de son enseignement en Auriculothérapie et en Auriculo médecine. C'est la référence historique relative à ces pratiques. Cependant, cette vénérable société a perdu sa situation de monopole en Auriculothérapie.

Le pôle universitaire de Paris

On ne présente plus le Diplôme Universitaire d'Auriculothérapie (anciennement DU d'Acupuncture auriculaire), enseigné dans le cadre du DUMENAT de Paris XIII. Créé il y a une dizaine d'années à Bobigny, il comporte une importante formation en neurosciences, soutenue par des études et travaux menés par notre ami le Dr David Alimi.

Le pôle universitaire et associatif de Nantes

C'est sa troisième année d'existence. Il s'adresse à une « clientèle » différente : aux étudiants en DIU et Capacité d'Acupuncture, ainsi qu'aux titulaires du DIU d'Acupuncture.

Diplôme Universitaire et Capacité

DU et DIU : du fait de leur autonomie pédagogique, les universités décernent leurs propres diplômes. Ces diplômes d'université sont soumis au Conseil national de l'Ordre des médecins en vue de leur éventuelle reconnaissance. Si plusieurs universités enseignent un DU identique, ce DU pourra obtenir la mention de Diplôme Inter Universitaire (DIU).

Capacité : l'inscription est souvent subordonnée à un examen probatoire. Les capacités sont des diplômes nationaux ; elles sont des titres et non des qualifications. Elles peuvent être exercées conjointement avec la qualification qui a été reconnue au candidat (médecine générale ou médecine spécialisée selon le DES obtenu).

Le module optionnel d'Auriculothérapie, à Nantes¹

Sa création, sa légitimité

À la création du Diplôme Inter Universitaire d'Acupuncture, en 1987, le P^r Jean Bossy avait déjà prévu un enseignement optionnel (non obligatoire) de l'Auriculothérapie.

Le 9 avril 2005, les dirigeants de l'Acupuncture médicale française étaient réunis à Lyon. L'Assemblée Générale de la FAFORMEC (la fédération des associations), l'Assemblée Générale du CFA (bâti sur le modèle des Société Savantes Médicales), et les représentants du SNMAF (syndicat professionnel catégoriel) ont accepté à l'unanimité la proposition de création d'un enseignement optionnel d'Auriculothérapie au sein du DIU d'Acupuncture.

Cette proposition a été acceptée le 29 avril 2005 par le Professeur Youenn Lajat, coordinateur national du DIU, avec demande d'organisation et création d'un Module Optionnel à Nantes en 2005-2006. Le 17 novembre 2005, le Conseil de Coordination du DIU d'Acupuncture, réuni à Lyon, a avalisé cette création dans son esprit et dans sa forme, sous le nom « module optionnel d'Auriculothérapie ».

Il s'agit d'une formation initiale de 56 heures (huit journées), se terminant par un contrôle de connaissances concrétisé par la remise d'une Attestation.

Le perfectionnement (FMC) est en cours d'organisation : il pourra s'agir de conférences par des experts extérieurs, de pratique lors de consultations hospitalières, ou autres.

Le choix des responsables

Le P^r Lajat, coordinateur national du DIU d'Acupuncture, avait remarqué deux élèves directs du D^r Paul Nogier :

le D^r Yunsan Meas (pour avoir réalisé des analgésies réflexes lors de interventions chirurgicales, et pour avoir obtenu des résultats évalués et constants dans les

consultations du centre d'évaluation et traitement de la douleur au CHU de Nantes),

le D^r Yves Rouxville (enseignant bien connu en Auriculothérapie, organisateur reconnu par ses pairs qui l'avaient élu responsable de la Commission d'Acupuncture auriculaire au sein de la FAFORMEC).

Le P^r Lajat, en homme pragmatique, leur a confié la charge de cet enseignement facultaire et facultatif à l'université de Nantes.

Les impératifs exigés

Le module optionnel d'Auriculothérapie s'intègre totalement dans le DIU d'Acupuncture et de la Capacité d'Acupuncture.

Cette formation doit être à la fois théorique et pratique, basée sur la clinique. Elle doit encourager la recherche fondamentale et clinique.

On se doit d'être interactif, de favoriser l'esprit critique des étudiants.

Pour ce qui concerne les neurosciences, son enseignement est assuré dans le cadre des cahiers des charges prévus par le DIU et la Capacité d'Acupuncture. La formation relative à ce sujet est faite en première année (probatoire) de la Capacité. Des rappels seront faits au sein du module optionnel en Auriculothérapie : en effet, le module de formation en Auriculothérapie utilise les sciences médicales, sans être un cours de sciences médicales appliquées à l'Auriculothérapie !

Devront être présentées les diverses possibilités de diagnostic : détection des zones et des points par un dispositif électronique adapté ou par une évaluation clinique (inspection visuelle, palpation douloureuse, variations du pouls radial). Il en est de même pour les diverses possibilités de soins des zones de l'auricule : le traitement des points par aiguilles de divers types, par l'électricité, par massages, par fréquences électromagnétiques.

La matière enseignée

C'est un survol de la grande œuvre réalisée par Paul Nogier, présentée dans l'esprit du P^r Jean Bossy.

L'essentiel des cours correspond aux cours du GLEM (Auriculothérapie et initiation à l'Auriculo Médecine), passés au crible des impératifs universitaires.

1. Tous renseignements : Faculté de Médecine.
1, rue Gaston Veil - F 44000 Nantes - www.univ-nantes.fr



De gauche à droite :

P^r Youenn Lajat, ancien Coordinateur national du DIU d'Acupuncture, ancien Directeur de l'enseignement au DIU d'Acupuncture, Université de Nantes

D^r Bernard Maire, coordinateur de l'enseignement au DIU d'Acupuncture, Université de Nantes

D^r Yves Rouxeville, responsable de l'enseignement, ancien Directeur de la Commission d'Acupuncture auriculaire de la FAFORMEC.

D^r Yunsan Meas, responsable pédagogique de la 3^{ème} année du DIU d'Acupuncture, Directeur de la Commission d'Acupuncture auriculaire de la FAFORMEC.

Les diverses possibilités de diagnostics et de soins, les diverses cartographies (classiques et des phases) sont présentées, comparées et discutées en précisant leur intérêt et leurs limites.

Sans négliger la nécessité de mesures fiables à l'aide d'appareils, la priorité est donnée à la clinique, à l'observation de l'oreille, pour découvrir la riche sémiologie auriculaire découverte par Paul Nogier.

De plus, l'esprit de cette formation initiale est un esprit de compagnonnage, tel que Paul Nogier l'avait insufflé au GLEM.

La répartition de l'enseignement

C'est un ensemble cohérent de 56 heures de cours, répartis en quatre Unités de Valeur de deux jours chacune : « voir et palper », « mesurer », « percevoir », « comprendre ».

Ce tronc commun peut être complété par diverses formations plus spécifiques (FMC) telles :

- le Diplôme Universitaire d'Auriculothérapie à Paris XIII
- l'Auriculo médecine et/ou des journées en Auriculothérapie, réalisées en milieu associatif (GLEM, AASE, FMC-RDAO).

Les supports de cours

La pratique alterne avec les cours théoriques. Des références bibliographiques sont proposées, la préférence étant apportée à des parutions récentes :

- « Auriculothérapie, Acupuncture auriculaire » [2]
- « Ce qui marche, ce qui ne marche pas en auriculothérapie » [3]
- « Acupuncture auriculaire personnalisée » [4]
- « CDrom d'Auriculothérapie » [5]
- « Bibliographie d'Acupuncture auriculaire » [6]

Le contrôle de connaissances final

Un contrôle de connaissances écrit d'une heure a lieu à la fin du dernier cours. Il permet de vérifier que l'étudiant a compris les façons de poser un diagnostic et d'effectuer une thérapeutique en Auriculothérapie, dans le cadre d'une situation médicale courante.

Une attestation sera délivrée aux étudiants ayant suivi la totalité de la formation et satisfait au contrôle de connaissances prouvant ainsi leur formation, qu'ils peuvent transmettre à l'Ordre des médecins, à l'Assurance professionnelle.

Les consultations et la recherche

Si la consultation d'évaluation et traitement de la douleur du Dr Yunsan Meas (CETD au CHU Nord de Nantes) est la plus ancienne de l'Ouest, il y existe actuellement trois autres consultations hospitalières d'auriculothérapie. Au plan de la recherche, le CHU de Nantes a intégré l'étude multicentrique franco-italienne sur la migraine. Le Dr Yunsan Meas ayant le titre de chercheur (Doctorant et chercheur au Laboratoire de Psychologie «Education, cognition, développement» (EA 3259), titulaire du Master 2 de recherche en psychologie cognitive et de développement), bénéficie à la fois des contraintes comme des possibilités hospitalo-universitaires offertes par cette fonction !



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



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

Références

1. Bossy J, Pradal-Prat D, Taillandier J (1984) Les microsystèmes de l'acupuncture. Masson, Paris.
2. Y. Rouxville, Y. Meas, J. Bossy. (2007) Auriculothérapie, Acupuncture auriculaire. Springer Verlag France, Paris.
3. Y. Meas, Y. Rouxville. Ce qui marche, ce qui ne marche pas en auriculothérapie. (2003) Josette Lyon, Paris.
4. Y. Rouxville. Acupuncture auriculaire personnalisée. (2000) Sauramps Médical, Montpellier.
5. Natom Auriculo 1.2 PC (2006) Logiciel conçu et réalisé par Geckomédia, Castelnau-le-Lez.
6. Lentz A. Bibliographie d'Acupuncture auriculaire. (2000). Lentz, Dijon (actualisé en 2006) ; peut être complété sur www.biblio.auriculo.fr.

Le spécialiste européen des médecines complémentaires

GREEN LINE MEDICAL BOOKS

**5.200 titres différents
en rayon**

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

Catalogues gratuits sur demande

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

1072 Chaussée de Ninove, B-1080 Bruxelles, Belgique

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



Evaluation de l'acupuncture

Polyarthrite rhumatoïde : l'acupuncture-moxibustion est supérieure au méthotrexate

Olivier Goret et Johan Nguyen

Jiaping Wu, Zhaohui Bian. [Comparison between acu-moxibustion and methotrexate in the therapeutic effect in the treatment of 90 cases of rheumatoid arthritis]. *Acupuncture Research*. 2006;31(4):235-8.

Résumé

Objectif

Comparer l'efficacité de l'acupuncture-moxibustion et du méthotrexate dans la polyarthrite rhumatoïde (PR) en phase active.

Plan expérimental

Essai contrôlé randomisé (ECR) acupuncture-moxibustion versus méthotrexate.

Cadre de l'étude

Hôpital de Médecine Traditionnelle Chinoise du district de Fangshan, Beijing (Chine).

Patients

90 patients hospitalisés ou en consultation externe.

Inclusions : 1) critères diagnostiques de l'ACR 1987 (American College of Rheumatology) (tableau I) ; 2) critères biologiques (VS et PCR) de PR en phase active. *Exclusions* : pathologies organiques sévères, leucopénie, grossesse et allaitement, allergies médicamenteuses, prise d'autres médicaments de la PR, antécédents de syncope puncturale.

Interventions :

Randomisation (table de nombre) en 2 groupes :

1. *groupe acupuncture-moxibustion* (n = 45) : moxibustion indirecte avec galettes d'aconit (14VG, 4VG, 18V, 20V, 23V), puis acupuncture en fonction des articulations atteintes [voir encadré protocole], séance de 30 min., une séance tous les 2 jours, traitement d'un mois, à renouveler 5 fois (au total 75 séances sur 5 mois).

2. *groupe méthotrexate* (n = 45) : injection intramusculaire de 10 mg de méthotrexate, une fois par semaine pendant 5 mois.

Critères de jugement

A. *Critères principaux* : évaluation clinique avant et après traitement (5^{ème} mois, avec évaluations intermédiaires hebdomadaires) sur les 4 items : 1) durée de la raideur matinale (heures) ; 2) degré de douleur articulaire (EVA de 0 à 10) ; 3) force de préhension des mains (mm Hg) ; 4) effets indésirables.

B. *Critères secondaires* : 1) évaluation biologique avant et après traitement (5^{ème} mois, avec évaluations intermédiaires mensuelles) sur les 3 items : a) vitesse de sédimentation (VS) ; b) protéine C réactive (PCR) ; c) facteur rhumatoïde

(FR) ; 2) efficacité thérapeutique globale basée sur le pourcentage moyen d'amélioration des 4 items cliniques et des 3 items biologiques définissant 4 niveaux d'efficacité (efficacité forte, moyenne, légère ou absence d'efficacité).

Résultats

Amélioration significative dans les deux groupes ($p < 0,05$) sur les items cliniques et biologiques. A. L'acupuncture apparaît supérieure au méthotrexate sur les critères cliniques raideur matinale, douleur et force de préhension ($p < 0,05$). Aucun effet indésirable dans le groupe acupuncture contre 9 cas dans le groupe méthotrexate. B. 1) l'acupuncture apparaît supérieure au méthotrexate sur les 3 critères biologiques ($p < 0,05$) ; 2) l'acupuncture a une efficacité globale (somme des niveaux d'efficacité fort, moyen et léger) supérieure au méthotrexate ($p < 0,05$).

Conclusion

L'acupuncture apparaît efficace dans le traitement de la PR en phase active et son efficacité apparaît supérieure à celle du méthotrexate.

Commentaires

Nous avons présenté dans un précédent numéro d'Acupuncture et Moxibustion [2] un ECR évaluant l'acupuncture versus méthotrexate dans la PR. Cet ECR utilisait une technique d'api-acupuncture. L'essai rapporté ici utilise la moxibustion indirecte à l'aconit, technique classique [3] dont il existe deux types : le moxa à la lamelle d'aconit (équivalent aux lamelles de gingembre) et le moxa à l'emplâtre d'aconit (utilisé dans cet essai). Dans ce dernier, la racine d'aconit est réduite en poudre et combinée à d'autres substances (Bornéol et *Evolvulus Alsinoïdes* Linn. à propriétés fébrifuges et antiphlogistiques) pour obtenir une galette [5]. D'une façon générale, les substances utilisées dans les moxas indirects sont des substances à propriétés « chaudes ». C'est le cas de l'ail [9], du gingembre [11] et de l'aconit [3]. Deux autres ECR utilisent les galettes d'aconit dans la polyarthrite rhumatoïde [11,24] et nous avons présenté un ECR les utilisant dans le traitement des épicondylites [4]. L'utilisation de la chaleur dans la pathologie rhumatologique non inflammatoire apparaît logique mais peut poser un problème dans un rhumatisme inflammatoire en phase aiguë. Ce qui veut dire que la symptomatologie chaleur n'est qu'une contre-indication relative à la moxibustion (moxas à l'ail dans les furoncles et anthrax [5], moxas au bâtonnet dans le zona aigu [6], traitement de la fièvre par moxa au 14VG [7]).

Dans la PR, l'acupuncture a été évaluée dans 20 essais contrôlés randomisés avec des protocoles thérapeutiques divers (tableau II) [8-25], dont 7 utilisant la moxibustion [9,11,15,19,20,22,24].

L'essai rapporté utilise comme il se doit les critères diagnostiques de l'American College of Rheumatology [1]. L'étude porte sur des patients en phase active définie sur des critères biologiques (VS et PCR). Il existe des index actuels de phase active incluant un plus grand nombre de signes cliniques et biologiques (ACR 20 [26], DAS 28 [27,28], SDAI [29]).

L'évaluation de l'étude porte sur des critères cliniques (douleur, force de préhension, raideur matinale) et biologiques (VS et PCR) qui sont couramment employés

dans le cadre de la PR. Par rapport aux critères optimaux actuellement recommandés (OMERACT [29], Cochrane Collaboration [30]), il faudrait, idéalement, compléter par le nombre d'articulations douloureuses par patient, le nombre d'articulations gonflées par patient et l'appréciation globale du patient. L'acupuncture est comparée au méthotrexate (en France Novatrex® ou methotrexate Bellon®) à la posologie de 10 mg injecté en intramusculaire une fois par semaine. Ce schéma thérapeutique est couramment admis dans cette indication [31].

Conformément à ce qui était attendu, l'acupuncture entraîne moins d'effets secondaires que le méthotrexate. Le délai d'apparition de l'efficacité thérapeutique est plus court dans le groupe acupuncture-moxibustion ($p < 0,05$) ; il est de une à six semaines pour l'acupuncture. Ceci dit, l'étude pose le problème de l'applicabilité et de l'observance du traitement préconisé compte tenu du rythme (75 séances) et de la lourdeur du traitement.

L'efficacité de l'acupuncture dans la PR a fait l'objet d'une revue systématique (Casimiro, [30]) dans laquelle les auteurs concluent à un faible niveau de preuve en faveur de l'acupuncture. Cette revue systématique ne portait que sur 2 ECR alors qu'à la même époque, 16 ECR étaient disponibles (pour 27 en 2007) [32,33]. L'acupuncture dans la PR a fait l'objet d'une évaluation

Tableau I. Critères diagnostiques de la polyarthrite rhumatoïde (ACR 1987) [1]

Au moins 4 des 7 critères sont exigés
1. Raideur matinale durant au mois 1 heure.
2. Arthrites d'au moins 3 groupes articulaires
3. Arthrites touchant les mains
4. Arthrites symétriques
5. Nodules rhumatoïdes
6. Facteur rhumatoïde sérique présent (titrage > 1 : 20)
7. Signes radiologiques (ostéoporose et amincissement de l'espace inter-articulaire).
Les critères 1 à 4 doivent être présents depuis au moins 6 semaines

négative par l'HAS en 2007. La synthèse des recommandations professionnelles ne place l'acupuncture que dans les traitements adjuvants éventuels (indiquée uniquement en cas d'insuffisance, d'échec ou d'intolérance au traitement recommandé). Ceci n'est basé que sur un accord professionnel en l'absence estimée de preuves scientifiques. Le problème majeur soulevé par le Collège Français d'Acupuncture est l'inégalité

dans l'évaluation de ce niveau de preuve scientifique entre l'acupuncture et les autres thérapeutiques étudiées. Les ECR en acupuncture ont fait l'objet d'une méthodologie d'analyse distincte de celles des autres thérapeutiques. Globalement, le niveau scientifique de l'acupuncture dans la PR apparaît au moins égale à celui de bon nombre des thérapeutiques recommandées par l'HAS.

Tableau II. Description des groupes acupuncture

Auteurs	Points	Technique de stimulation	Durée, rythme et nombre de séances	Traitements associés
Man et al 1974 [8]	34VB, 9Rte et 43E	électrostimulation	15 minutes une seule séance	
Du X et al 1993 [9]	3-4-6-8-9-11-12 et 14VG	moxibustion indirecte à l'ail	1 séance/semaine 12 semaines	
Xiao W et al 1997 [10]	2-14VG, 4TR, 4-11GI, 3MC, 35E et <i>xiyan</i> , 36-41E, 40V, 18-23V, 9-10Rte 3-5 points par séance	acupuncture ventouses - saignées tonification	30minutes un jour sur 2 15 séances.	fumigation de phytothérapie chinoise
Wang W et al 1999 [11]	6-8-12-17 VC, 36E, 17-18-20V, 4VG 3-4 points par séance	moxibustion indirecte à l'aconit et au gingembre	une séance/j ou /2j 50 séances	prednisolone per os (2,5 à 15 mg/j)
David J et al 1999 [12]	3F bilatéral		4 mn une séance par semaine 10 séances	traitement médicamenteux de la PR
Li D et al 2001 [13]	4 et 11GI, 5TR, <i>heding</i> 35-36E, 34VB et points <i>asbi</i>	laserthérapie	une séance /2j 10-15 séances 1 à 2 traitements.	phytothérapie chinoise
Xiong T et al 2001[14]	points proches de la colonne vertébrale de C6 à T4 et de T10 à L2	catgut	maintien 4 jours	phytothérapie chinoise
Cui L et al 2001[15]	4GI, 11GI, 5TR, <i>baxie</i> , 34VB, 36E, 60V, <i>bafeng</i> , 2-3 points par séance	moxibustion directe	20-30 mn/j une séance /j 30 séances	
Rong Li 2002 [16]	<i>asbi</i> , 23V, 34VB, 36E, 11GI	api-acupuncture	10-20 mn 1 séance/2j 30 séances	
Usichenko Ti et al 2003 [17]	2-4-10-11GI, 36-42E, 5-10Rte, 1-2-5TR, 41VB, 14VG	magnétothérapie	40 mn 5-9 séances 15 jours.	AINS
Yang Xi Ni Lq 2003 [18]	<i>baxie</i>	chimiopuncture (angélica sinensis) <i>deqi</i>	une séance/2j 3 mois	méthotrexate per os (10mg/semaine)

Gao Shu-hong 2004 [19]	<i>baxie</i> , 20VB, 11GI, 5TR, 31-40VB, 36- 41E, 6Rte	<i>deqi</i> moxibustion	30 mn 2 fois/ jour 14 jours	
Gao Yang 2004 [20]	<i>bi</i> Vent: 12V, 17V, 10Rte <i>bi</i> Froid: 23V, 4VC <i>bi</i> Humidité: 20V, 36E, 9Rte <i>bi</i> Chaleur: 14VG, 11GI	<i>bi</i> Vent-Froid-Humidité : moxibustion directe <i>bi</i> Chaleur : saignée	30 mn une séance par jour 20 séances	rayons infra-rouges
She Rui-ping 2004 [21]	articulations interphalangiennes	application locale de pâte de phytothérapie chinoise.	une séance tous les 5-7 j 5 séances répétées 7 jours plus tard	
Xu Cai-hong 2004 [22]	1) selon le diagnostic des syndromes <i>bi</i> : Vent 12V, 17V, 18V , Froid 23V, 4VC, Humidité 20V, 36E, 9Rte, Chaleur: 4VG, 11GI, 2) selon la localisation de l'articulation atteinte	<i>deqi</i> moxibustion tonification- dispersion	une séance/ jour 30 séances, 3 mois	phytothérapie chinoise
Ai Zhou et al 2005 [23]	points principaux : 4-11GI, 34VB points secondaires : 11-18-23V, 3Rn, 36E, 15GI, 9IG, 14TR, 4TR, 5IG, 5TR 41E, 40VB, 4F, <i>baxie</i>	électro-acupuncture	25 mn une séance/j 5 jours par semaine 20 séances	AINS (meloxicam), méthotrexate et sulfasalazine
Li Jian-wu et al 2006 [24]	4VC, 36E	moxibustion indirecte (galette d'aconit)	30 mn 3 mois	méthotrexate et AINS
Zanette A et al 2007 [25]	<i>baxie</i> , <i>yintang</i> , 6 et 12VC, 4GI, 4-14VG, 3F, 6MC, 6Rte, 36E, 11-20-22-23V, 60V	<i>deqi</i>	40 mn 2 séances par semaine 10 séances	antalgiques, AINS, glucocorticoïdes ≤ 15 mg/jour, DMARDs *

* DMARDs (Disease-modifying antirheumatic drugs) comprenant les immuno-supresseurs (hydroxychloroquine, salazopyrine, méthotrexate, anti-TNF alpha, etc).



Dr Olivier Goret,
30, Avenue Gabriel Péri - 83130 La Garde.
✉ 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

1. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1988;31:315-24.
2. Goret O. Le traitement par api-acupuncture est supérieur au traitement médicamenteux conventionnel dans la polyarthrite rhumatoïde. *Acupuncture & Moxibustion.* 2006;5(3):244-248.
3. Nguyen J, Reboul JL, Subey G. Technique de la moxibustion. Toulon : Conférences d'Acupuncture, GERA;1979;4:49-65.
4. Goret.O. Epicondylite : l'électro-moxibustion est supérieure aux infiltrations. *Acupuncture & Moxibustion.* 2007; 6(1):63-68.

5. Auroche B et al. *Pratique des aiguilles et de la moxibustion*. Paris : Maloine;1989.
6. Xuan Lihua. Treatment by moxibustion : herpes zoster. *Journal of Chinese Medicine*. 2000;64:17-8.
7. Xiao Lei, Jang Ge-Li, Zhao Jian-Guo et al. [Advances of studies on acupuncture and moxibustion for abatement of fever]. *Chinese Acupuncture and Moxibustion*. 2004;24(11):796.
8. Man Sc, Baragar FD. Preliminary clinical study of acupuncture in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*. 1974;1(1):126-9.
9. Du Xudian, Si Hongming et Li Xiaoping. Clinical study of moxibustion on the meridian dumai in the treatment of rheumatoid arthritis. *Akupunktur Theorie und Praxis*. 1993;4:260-4.
10. Xiao Wei, Liu Xinmeng et Hu Qiuyan. [Fifty-six cases of rheumatoid arthritis treated mainly by pricking blood therapy plus fumigation and washing with chinese drugs]. *Chinese Acupuncture and Moxibustion*. 1997;17(8):461.
11. Wang Weiming et al. [Clinical comparative observation on treatment of 93 cases rheumatoid arthritis by either indirect moxibustion or penicillamine]. *Shanghai Journal of Acupuncture and Moxibustion*. 1999;18(6):5.
12. David J et al. The effect of acupuncture on patients with rheumatoid arthritis: a randomized, placebo-controlled cross-over study. *Rheumatology*. 1999;38 (9):864-9.
13. Li Dake, Sun Lili et Zhou Hairong. [Clinical observation on active rheumatoid arthritis treated with laser points radiation and herbs]. *Shandong Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2001;20 (10):614.
14. Xiong Tao, Qu Qunwei, Shen Yujie, Xie Laifen et Ding Jianjiang. [Observation of immunologic function effect on rheumatoid arthritis treated by fengshi xian dan integrated with catgut implantation at acupoint]. *Hubei Journal of TCM*. 2001;23(2):7.
15. Cui Linhua, Guo Ruixia et Geng Wen. [Analgesic effect of warming needles in treating rheumatoid arthritis]. *Acupuncture Research*. 2001;26(3):185-6.
16. Rong Li et Lun Xin. [Clinical observation of rheumatoid arthritis (ra) treated by puncturing with wasp]. *Journal of External Therapy of TCM*. 2002;11(2):14.
17. Usichenko T et al. Treatment of rheumatoid arthritis with electromagnetic millimetre waves applied to acupuncture points. A randomised double blind clinical study. *Acupunc Electrother Res*. 2003;28 (1-2):11-8.
18. Yang Xiaoling et Ni Liqing. [Treatment of rheumatoid arthritis by acupoint injection of compound angelica in combination with amethopterin]. *Shanghai Journal of Acupuncture and Moxibustion*. 2003;22 (6):11.
19. Gao Shuhong. [The clinical effect observation of rheumatoid arthritis treated with acupuncture and moxibustion]. *Journal of Clinical Acupuncture and Moxibustion*. 2004;20(8):8.
20. Gao Yang. [Clinical observations on acupuncture treatment of rheumatoid arthritis]. *Journal of Acupuncture and Tuina Science*. 2004;2(3):24.
21. She Rui-Ping. [Observation on therapeutic effect of cold moxibustion on rheumatoid interphalangeal arthritis]. *Journal of Acupuncture and Tuina Science*. 2004;2(3):17.
22. Xu Caihong. [Treatment of rheumatoid arthritis with warm needling and juanbi decoction : a report of 35 cases]. *Journal of Anhui of Traditional Chinese Medical College*. 2004;23(4):24.
23. Ai Zhou, Liu Yuanyuan, Yang Lian, Zhang Qianru. Zou Ting et Xi Yufeng. [Therapeutic effect of electroacupuncture combined with medicine on acute rheumatoid arthritis at active stage]. *Chinese Acupuncture and Moxibustion*. 2005;25(8):531-3.
24. Li Jianwu et al. [Clinical observation on treatment of rheumatoid arthritis with cake-separated mild moxibustion combined with western medicine]. *Chinese Acupuncture & Moxibustion*. 2006;26(3):192-4.
25. Zanette A et al. A pilot study of acupuncture as adjunctive treatment of rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2007. DOI 10.1007/s10067-007-0759-y.
26. Prevo ML et al. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1995; 38: 44-48.
27. Van der Heijde DMFM, van't Hof MA, van Riel PLCM et al. Judging disease activity in clinical practice in rheumatoid arthritis: first step in the development of a disease activity score. *Ann Rheum Dis*. 1990;49:916-20.
28. Smolen JS et al. A simplified disease activity index for rheumatoid arthritis for use in clinical practice. *Rheumatology*. 2003;42:244-257.
29. Felson DT, Anderson JJ, Boers M et al. The American College of Rheumatology preliminary core set of disease activity measures for rheumatoid arthritis clinical trials. The Committee on Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials. *Arthritis Rheum*. 1993;36:729-40.
30. Casimiro L, Barnsley L, Brosseau L, Milne S, Robinson VA, Tugwell P, Wells G. Acupuncture and electroacupuncture for the treatment of rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Oct 19;(4):CD003788.
31. Kremer JM, Alarcon GS, Lightfoot Jr RW, et al. Methotrexate for rheumatoid arthritis. Suggested guidelines for monitoring liver toxicity. *Arthritis Rheum*. 1994;37:316-28.
32. Goret O. Acupuncture et polyarthrite rhumatoïde : revue systématique. *Acupuncture & Moxibustion*. 2008. In press.
33. Recommandations professionnelles. Polyarthrite rhumatoïde : aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie -aspects médico-sociaux et organisationnels. *Argumentaire*. HAS. Mars 2007.

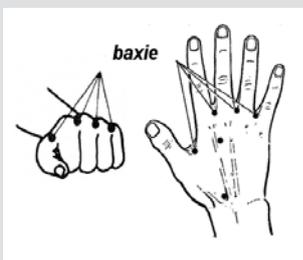
PROTOCOLE

Ce protocole d'acupuncture-moxibustion a fait la preuve de son efficacité dans la polyarthrite rhumatoïde en phase active versus méthotrexate

Technique	Modalités	Points
 moxibustion indirecte à l'aconit	galettes composées de : <ul style="list-style-type: none"> - d'Aconit, - Evolvulus Alsinoïdes Linn - Bornéol (40/9/1) Faire brûler 3 cônes sur chaque point.	14VG, 4VG, 18V, 20V, 23V
acupuncture	<ul style="list-style-type: none"> - rotation-enfoncement-retrait : tonification – dispersion en tonifiant principalement - suivi de moxa sur aiguille - 30 minutes. 	épaule : 14TR, 9IG, <i>ashi</i> coude : 5P, 11GI poignet : 4TR, 5IG, 5GI doigts : <i>baxie</i> ¹ genoux : <i>xiyan</i> ² , 8F, 7F, 36E, 34VB chevilles : 3Rn, 41E, 60V, 40VB gros orteil : <i>bafeng</i> ³ articulation temporo-mandibulaire : 7E

Une séance tous les 2 jours pendant 1 mois, renouvelée 5 fois, 75 séances.

1



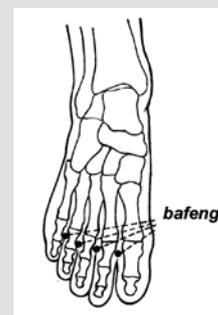
baxie : quatre points situés au dos de la main, aux commissures digitale.

2



xiyan : le *xiyan* externe (correspondant au 35E, *dubi*) et le *xiyan* médial sont situés de part et d'autre du tendon rotulien.

3



bafeng : quatre points au dos du pied, à la partie haute de la commissure de tous les orteils.

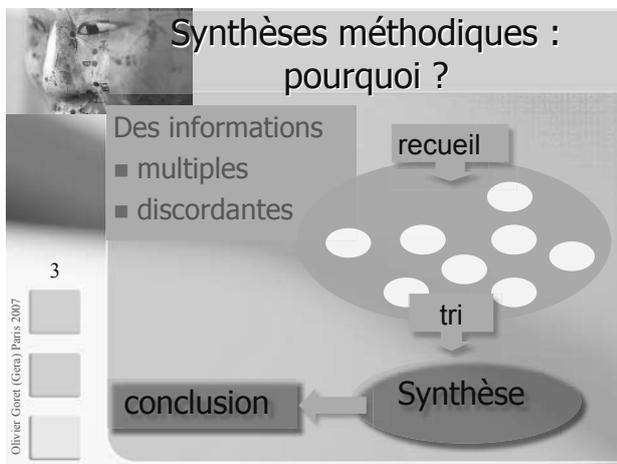
Acupuncture et ORL : revues systématiques et méta-analyses



Notre objectif est de faire un état des lieux des revues systématiques et méta-analyses évaluant l'acupuncture dans le domaine de l'ORL.



Quand on parle de revue systématique et de méta-analyse, on parle d'EBM (Evidence Based Medicine), c'est-à-dire de médecine basée sur des preuves. Ces preuves sont hiérarchisées et constituent la pyramide des preuves. Dans cette pyramide, méta-analyses et revues systématiques sont au plus haut niveau.



Pour une prise de décision médicale, nous sommes confrontés à une multiplicité d'informations. Les résultats des essais thérapeutiques peuvent être contradictoires. Il apparaît donc la nécessité de recueillir, de trier et de synthétiser ces informations. C'est l'objectif des synthèses. En pratique, il s'agit donc pour nous de répondre à la question de l'utilité de l'acupuncture dans une pathologie donnée, et les synthèses méthodiques permettent de répondre à cette question.

Synthèse méthodique

une méthode :

- exhaustivité
- rigueur
- reproductibilité
- qualité des données

4

synthèses narratives synthèses méthodiques

ECR

Olivier Goret (Gera) Paris 2007

Il y a deux types de synthèses : les synthèses narratives et les synthèses méthodiques. Les synthèses narratives sont une revue de la littérature, par définition simple et non méthodique. Inversement, les synthèses méthodiques sont caractérisées par l'utilisation d'une méthode, méthode qui se veut standardisée et objective. La méthode vise à l'exhaustivité des données, elle annonce clairement ses objectifs, ses outils, ses méthodes, elle procède selon une méthodologie explicite et reproductible, et enfin elle inclut une analyse qualitative des données, c'est-à-dire des essais contrôlés randomisés (ECR). Ce sont ces synthèses méthodiques et non les synthèses narratives qui constituent le plus haut niveau de preuve.

Meta-analyse

synthèses narratives synthèse qualitative synthèse quantitative

5

synthèses narratives synthèse qualitative synthèse quantitative méta-analyse

Olivier Goret (Gera) Paris 2007

Nous avons donc d'un côté les synthèses narratives et de l'autre les synthèses méthodiques. Ces synthèses méthodiques se divisent également en 2 types qui sont les synthèses qualitatives ou revues systématiques et les synthèses quantitatives ou méta-analyses.

Méta-analyse

Revue systématique *quantifiée*

- augmentation de puissance
- résolution des discordances

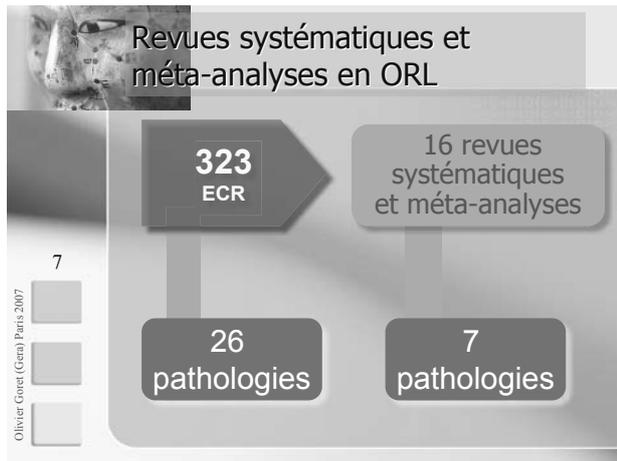
6

Study	Treatment n/N	Control n/N	OR (95%CI)Forest
Chou 1992	49 / 272	60 / 240	
Chou 1992 (1)	71 / 204	91 / 213	
Chen 1994	9 / 28	8 / 27	
De Long 1997	8 / 28	8 / 28	
Lauro 1977	48 / 93	10 / 56	
Lapin 1995	26 / 79	30 / 76	
Martin 1991	17 / 128	8 / 89	
Park 1911	3 / 11	1 / 12	
Park 1911 (1)	3 / 11	1 / 12	
Shan 1992	1 / 16	1 / 16	
Yoshimura 1995	60 / 199	60 / 192	
Yuan 1977	32 / 189	2 / 132	
Yuan 1998	14 / 44	7 / 38	
Yuan 1998 (1)	14 / 38	10 / 38	
Total (95%CI)	384 / 1252	286 / 940	

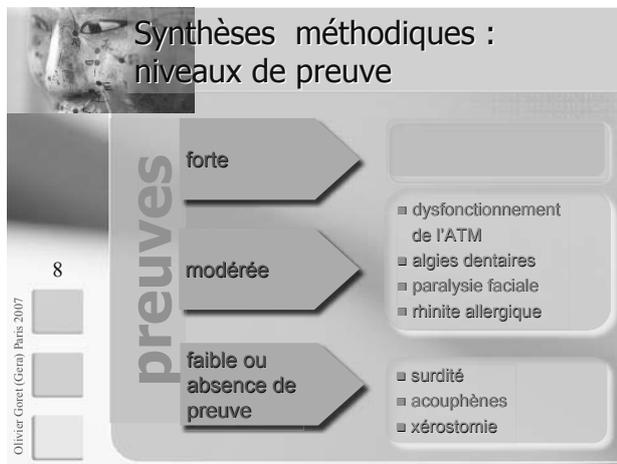
Test for heterogeneity: chi-square=0.22, df=12, p=0.9944
Test for overall effect: z=2.94, p=0.0028

Olivier Goret (Gera) Paris 2007

La méta-analyse est une revue systématique quantifiée. C'est une synthèse statistique des résultats chiffrés de plusieurs essais, ayant répondu à une question identique. Elle permet une augmentation de puissance et la résolution des discordances que ne permet pas une simple revue systématique. Les résultats d'une méta-analyse sont reportés la plupart du temps sur les diagrammes dont vous avez un exemple en bas à gauche de l'image. C'est le diagramme stylisé qui sert de logo à la Cochrane Collaboration, institution de référence dans le domaine de l'évaluation (à droite de l'image).



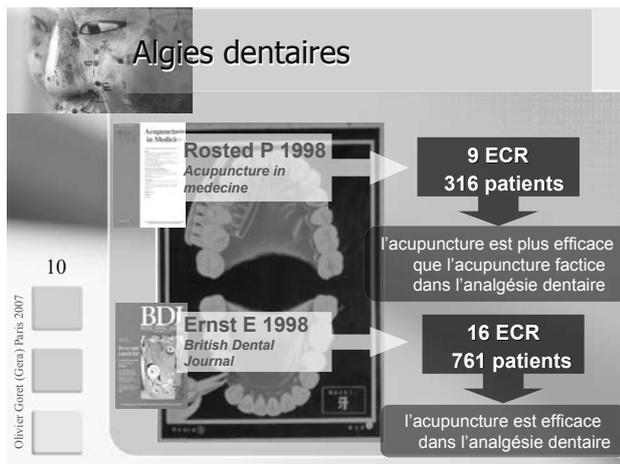
En ce qui concerne le domaine de l'ORL, 323 ECR sont identifiés dans 26 pathologies et 16 revues systématiques et méta-analyses [1-16]. Ces revues concernent 7 pathologies ORL : dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire, algies dentaires, paralysie faciale, rhinite allergique, surdité, acouphène et xérostomie.



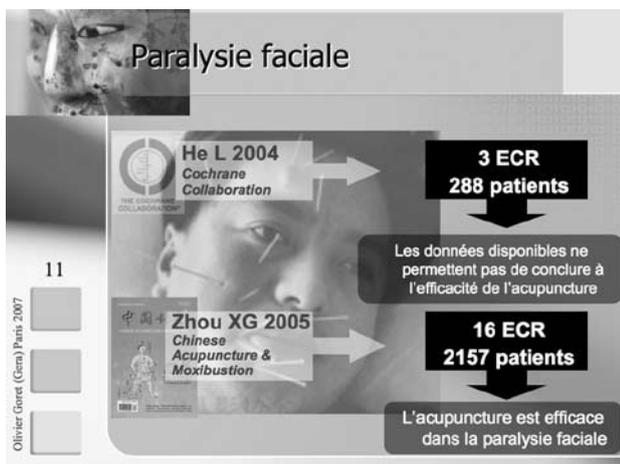
Les résultats des synthèses méthodiques peuvent se répartir en 3 niveaux de preuve : 1) forte, 2) modéré et 3) faible ou absence de preuve. Dans aucune pathologie ORL, l'acupuncture n'est considérée par les auteurs au plus haut niveau. Dans quatre pathologies (dysfonctionnement temporo-mandibulaire, algies dentaires, paralysie faciale et rhinite allergique), il y a un niveau de preuve considéré comme modéré. Dans trois pathologies (surdité, acouphènes et xérostomie), le niveau de preuve est considéré comme faible ou non conclusif.



Dans le dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire, deux méta-analyses [10,11] basées toutes les deux sur six ECR concluent à l'efficacité de l'acupuncture versus acupuncture factice.



Dans les algies dentaires, également deux revues méthodiques, une portant sur 9 ECR [15] et l'autre [16] sur 16 ECR, les ECR portant principalement sur les douleurs post-opératoires. Toutes deux concluent à l'efficacité de l'acupuncture. Dans le dysfonctionnement temporo-mandibulaire comme dans les algies dentaires, l'acupuncture est considérée comme efficace mais avec un niveau de preuve modéré du fait de la qualité méthodologique des essais inclus.



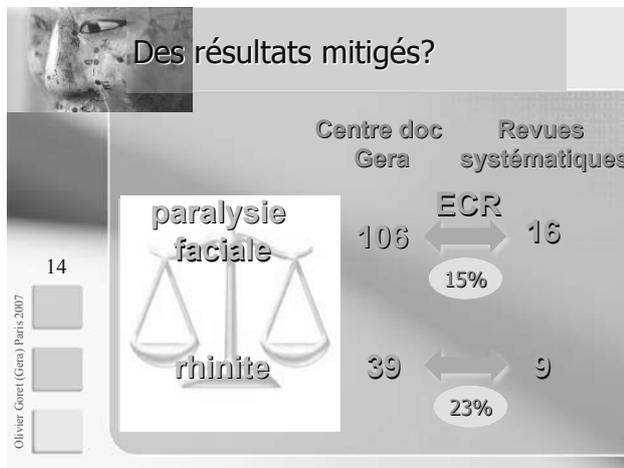
Dans les paralysies faciales, ont été publiées une revue systématique [1] et une méta-analyse [2] avec des résultats discordants. La revue systématique (Cochrane Collaboration) est basée sur seulement trois essais et apparaît non conclusive. La méta-analyse est basée sur 16 essais et conclut à l'efficacité de l'acupuncture.



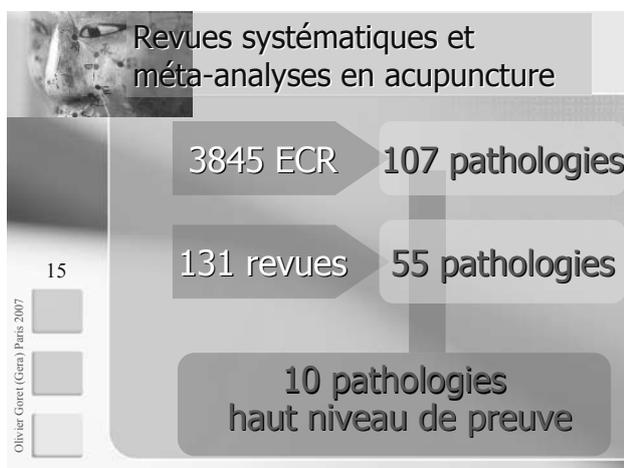
Dans la rhinite allergique, nous avons également une revue non conclusive [8] et une revue concluant à une évidence modérée [9]. Les deux revues comportent le même nombre d'essais, mais ces essais sont différents.



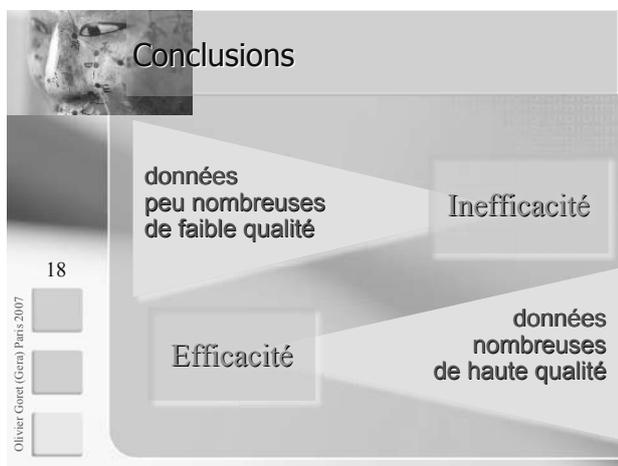
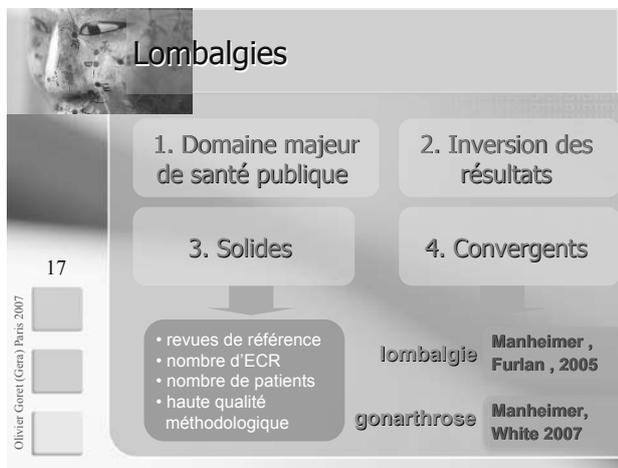
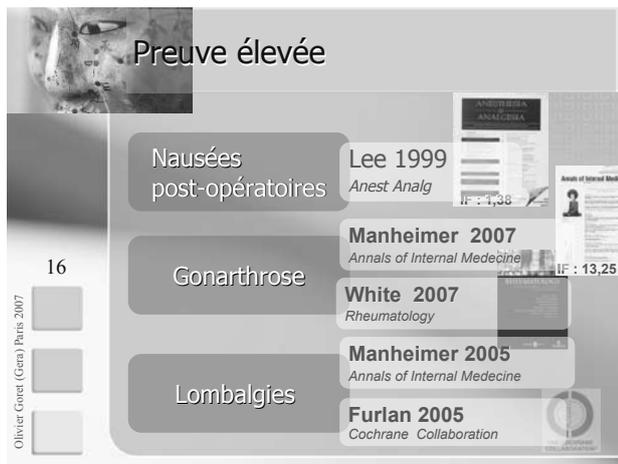
Dans 3 pathologies, les revues méthodiques sont convergentes pour conclure à un niveau de preuve faible ou à une absence de preuve. La revue sur la surdité porte sur 9 ECR [7]. Les deux revues sur les acouphènes portent sur les 6 mêmes essais [5,6]. Les deux revues sur la xérostomie portent sur les 3 mêmes essais [3,4].



Les résultats de l'acupuncture en ORL peuvent donc apparaître comme relativement décevants. Surtout comparativement aux domaines que nous avons exploré dans les congrès précédents comme la gynécologie-obstétrique, la psychiatrie et la médecine du sport. Le problème central dans les revues méthodiques et les méta-analyses est celui de la non prise en compte de l'ensemble des données publiées, c'est-à-dire la non exhaustivité. Par exemple, dans la paralysie faciale, 106 ECR sont recensés dans notre base Acudoc2, mais seulement 16 sont pris en compte dans la méta-analyse de Zhou [2], soit 15% des données et la revue de He [1] ne retient que trois ECR. On retrouve le même problème dans les rhinites allergiques avec seulement prise en compte de 23% des essais [8].



La problématique peut être élargit à l'ensemble des pathologies traitées par acupuncture. En 2007, nous avons identifié 3845 ECR dans 107 pathologies [17] et répertorié 131 revues et méta-analyses évaluant l'acupuncture dans 55 pathologies. Dans 10 pathologies, on peut considérer que l'acupuncture a fait la preuve de son efficacité au plus haut niveau.



La première méta-analyse positive est la méta-analyse historique de Lee en 1999 sur les nausées-vomissements post-opératoires [18]. Ces deux dernières années, quatre méta-analyses essentielles ont été publiées : deux dans la gonarthrose (Manheimer et White en 2007) [19,20], et deux dans les lombalgies (Manheimer et Furlan en 2005) [21,22].

L'exemple des lombalgies illustre l'aspect essentiel de ces méta-analyses. 1. Elles concernent un domaine majeur de santé publique où l'acupuncture peut apparaître comme une thérapeutique de première intention. 2. Il s'agit d'un tournant dans l'évaluation de l'acupuncture. Dans le domaine des lombalgies, les revues étaient depuis plus de 10 ans constamment négatives. Il y a donc eu en 2005 une inversion des résultats. 3. Il s'agit de résultats solides parce qu'ils sont publiés dans des revues de références, parce qu'ils sont basés sur un nombre important d'ECR (35 ECR), parce qu'ils regroupent un nombre conséquent de patients (2861), et parce qu'ils sont basés sur une proportion importante d'essais de haute qualité méthodologique. 4. Enfin, il s'agit de résultats convergenents, observés par 2 équipes différentes reconnues dans le domaine de l'évaluation.

Dans les années 1990, Ter Riet [23] avait établi un théorème qui disait que l'acupuncture était basée sur des données peu nombreuses et de faible qualité méthodologique. Plus on disposait de données et plus elles étaient de bonne qualité, plus l'acupuncture démontrait son inefficacité. Les dernières méta-analyses nous montrent le contraire : plus on dispose d'études et plus elles sont de haute qualité, plus l'acupuncture démontre son efficacité. On peut suggérer que la mise en évidence de l'efficacité de l'acupuncture en ORL n'est qu'une question de temps.

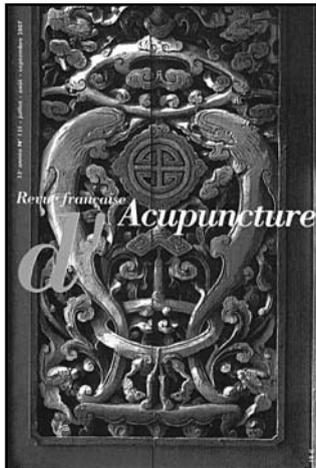


Dr Olivier Goret,
30, Avenue Gabriel Péri - 83130 La Garde.
✉ goret.olivier@wanadoo.fr

Références

1. He L, Zhou D, Wu D, Li N, Zhou MK. Acupuncture for Bell's Palsy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(1):CD002914.
2. Zhou Xian-gang, Yang Chuang, Yang Li-xia, Zhong Qu. Meta-analysis on acupoint sticking therapy for facial paralysis. *Chinese Acupuncture & Moxibustion.* 2005;(25)11:797-802.
3. Jedel E. Acupuncture in xerostomia -a systematic review. *J Oral Rehabil.* 2005;32(6):392-6.
4. Brennan MT, Shariff G, Lockhart PB, Fox PC. Treatment of xerostomia: a review systematic of therapeutic trials. *Dent Clin North Am.* 2002;46(1):847-56.
5. Park J, White AR, Ernst E. Efficacy of acupuncture as a treatment for tinnitus. *Arch Otolaryngol Head Neck Surgery* 2000;126:489-92.
6. Dobie Ra. A review of randomized clinical trials in tinnitus. *Laryngoscope.* 1999;109(8):1202-11.
7. Liu B, Du YH. Evaluation of the literatures of clinical studies on acupuncture and moxibustion for treatment of sensorial hearing loss. *Chinese Acupuncture and Moxibustion.* 2005;25(12):893-6.
8. Passalacqua G et al. Systematic review of complementary and alternative medicine for rhinitis and asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 2006;117(5):1054-62.
9. Xue Charlie C, Li Chun G, Hügel HM, Story DF. Does acupuncture or Chinese herbal medicine have a role in the treatment of allergic rhinitis? *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2006;6:175-179.
10. Ernst E, White AR. Acupuncture as a treatment for temporomandibular joint dysfunction: a systematic review of randomized trials. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1999;125(3):269-72.
11. Rosted P. Practical recommendations for the use of acupuncture in the treatment of temporomandibular disorders based on the outcome of published controlled studies. *Oral Dis.* 2001;7(2):109-15.
12. Myers Cd et al. A review of complementary and alternative medicine use for treating chronic facial pain. *J Am Dent Assoc.* 2002;133(9):1189-96.
13. Fink M, Rosted P, Bernateck M, Stiesch-Scholz M, Karst M. Acupuncture in the treatment of painful dysfunction of the temporomandibular joint – a review of the literature. *Forsch Komplementärmed.* 2006;13:109-115.
14. McNeely ML, Olivo SA, Magee DJ. A systematic review of the effectiveness of physical therapy interventions for temporomandibular disorders. *Physical Therapy.* 2006;86(5):710-725.
15. Rosted P. The use of acupuncture in dentistry: a review of the scientific validity of published papers. *Oral Diseases.* 1998;4:100-104.
16. Ernst E et al. The effectiveness of acupuncture in treating acute dental pain: a systematic review. *British Dental Journal.* 1998;184(9):443-447.
17. Goret.O. Essais contrôlés randomisés - revues méthodiques et méta-analyses en acupuncture. *Acupuncture & Moxibustion.* 2007;6(2):165-8.
18. Lee A, Done ML. The use of no pharmacologic techniques to prevent postoperative nausea and vomiting: a meta-analysis. *Anesth Analg* 1999;88(6):1362-9.
19. White A, Forster NE, Cummings M, Barlas P. Acupuncture treatment for chronic knee pain: a systematic review. *Rheumatology.* 2007;46(3):384-90.
20. Manheimer E et al. Meta-analysis: acupuncture for osteoarthritis of the knee. *Ann Intern Med.* 2007;146(12):868-77.
21. Manheimer E, White A, Berman B et al. Méta-analyse: acupuncture for low back pain. *Ann Intern Med.* 2005;142:651-63.
22. Furlan AD, Van Tulder M, Cherkin D, Tsukayama H, Lao L, Koes B, Berman B. Acupuncture and dry-needling for low back pain: an updated systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration. *Spine.* 2005;30(8):944-63.
23. Ter Riet G et al. Acupuncture and chronic pain: a criteria-based meta-analysis. *J Clin Epidemiol.* 1990;43(11):1191-9.

Livres reçus



REVUE FRANÇAISE D'ACUPUNCTURE

33^e année, n° 131

Juillet, août, septembre 2007

Éditorial : Gilles Andrès : L'acupuncture, une médecine générale ? : « Deux réformes récentes, le médecin traitant et la qualification comme médecin spécialiste en médecine générale [...] Qu'en est-il de l'acupuncture et des acupuncteurs ? S'agit-il d'une médecine générale ou d'une spécialité ? [...] ».

Études : Catherine Meunier : Le grand *luo* de l'estomac : *xuli* : « Dans les textes, seuls deux méridiens ont un *da luo* : celui de la Rate et celui de l'Estomac. La rate et l'estomac faisant partie du réchauffeur moyen (RM) on peut affirmer que ces *da luo* sont en rapport avec le RM, centre lieu de vie. La rate distribue les souffles de l'estomac. Parmi les trois réchauffeurs, le RM correspond à l'homme ».

Alain Huchet : Tian gan 天干, Di zhi 地支 (suite) : « La théorie des tian gan di zhi permet une étude énergétique d'une année, mais aussi d'un jour, commandant l'ouverture ou la fermeture de

certain points d'acupuncture. [...] Nous nous bornerons à l'étude énergétique des années ».

Jean Yves Le Rol : Autour des lombes, suite : « Déroulement des 18 propositions (suite) » : propositions 6 à 10.

Traduction : Constantin Milsky, Gilles Andrès : *Lingshu*, chapitre 6 : « Durée de vie, dur et mou ».

Vie des points : Jean Marc Kespi : Quel est votre diagnostic ? : « Quels points comportent dans leur nom « pleure silencieusement » ? Quel point de *zu shao yang* est très indiqué dans les prurits ? Quels points se réfèrent aux ancêtres ? ».

Gilles Cury : Le point du jour, *hui zong* (7 TR) 會宗 : « Hui zong est le point xi de *shou shao yang*. Il a essentiellement une action sur l'énergie *zong*, ancestrale, qui se manifeste au niveau de la poitrine. Les symptômes décrits dans les textes nous indiquent son action pour chasser le vent et pour traiter les surdités ».

Martine Mao : Une femme sans défense : « Observation d'une patiente traitée par la puncture du point *fu tu* (32E) ».

D Florence Phan-Choffrut

✉ phan-choffrut@wanadoo.fr



L'ÉTERNITÉ N'EST PAS DE TROP

François Cheng

Paris : Livre de Poche

2003, 254 pages ; format 11cm x 18 cm

Prix : 6 €

ISBN : 978-2-253-15458-7

Pierre Dinouart-Jatteau nous avait déjà incités à lire « Le dialogue » de François Cheng, merveilleux petit livre poétique [1]. Ce livre du même auteur, tout aussi lyrique se déroule au XVII^{ème} à la fin de la dynastie Ming. Récit d'une passion impossible entre Lan-ying, première femme du Seigneur Zhao et d'un moine taoïste Dao-sheng, médecin dans un monastère de haute montagne, ce roman décrit les affres de l'amour qui défie le passage du Temps.

« Il avance doucement deux doigts, index et majeur, les pose sur le poignet de Lan-ying, là où bat son pouls, tandis que, de son pouce, il soutient, par

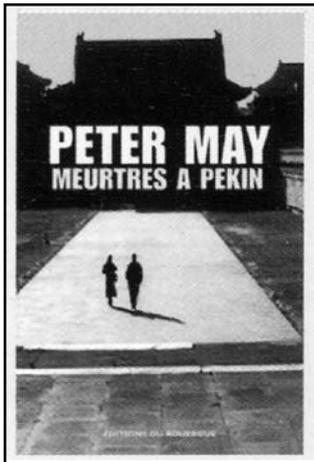
en bas, le dos du poignet.. Prenant tout son temps, il rassemble enfin son esprit et se met à l'écoute de tous les sons et échos qui lui parviennent par le canal des artères. A l'écoute des signaux qu'émettent cinq *zang* et les six *fu* et par lesquels il repère sans faille ce qui circule et ce qui se bouche. A l'écoute du chant des souffles qui, geignant ou criant, traversent sans interruption les méridiens.. ». François Cheng sait aussi retransmettre avec précision l'art de la sphymologie, tout comme il décrit fort bien les difficultés du moine à appréhender le monde Occidental lorsqu'il rencontre les premiers missionnaires jésuites. Au-delà des apparences, ce livre n'hésite pas à poser les questions essentielles de l'existence, mais sans garantie de réponse.

Jean-Marc Stéphane

✉ jm.stephan@acupuncture-medicale.org

Références

1. Dinouart-Jatteau P. Le dialogue de François Cheng. Recension. Acupuncture & Moxibustion. 2003;2(3):185.



MEURTRES À PÉKIN

Peter MAY

Rodez : éd. Du Rouergue, 2000

416 p. ; 15 x 24

ISBN 2-84156-708-7 : 20 €

C'est un Thriller, non un ouvrage d'acupuncture. Mais, ce thriller se passe dans le Pékin d'aujourd'hui ; moi, qui ne suis pas retourné dans cette ville depuis 1979, cela m'a permis de découvrir la ville actuelle et sa bouillonnante activité : les multiples périphériques, la circulation automobile intense, la foule grouillante, tout est tellement bien décrit que l'on découvre le visage actuel de cette énorme capitale. L'intrigue est passionnante et les relations entre le policier chinois, l'inspecteur Li Yan, et Margaret Campbell, médecin légiste américain,

venue donner des conférences à l'Université de la Sécurité Publique, sont à la fois conflictuelles (civilisations opposées) et amoureuses par attirance progressive. Margaret Campbell connaît bien les cadavres brûlés, car elle a été assistante du médecin légiste chargé des victimes de Waco.

Le roman commence par la découverte par deux enfants, dans un parc de Pékin, d'un cadavre en fin de carbonisation. Puis, le jour même, deux autres corps sont trouvés dans deux autres endroits. Un mégot de cigarette, paraissant être laissé en évidence semble être la signature et pourrait permettre de remonter jusqu'au coupable. Mais cette affaire est complexe et finit par faire découvrir un secret monstrueux.

Pierre Dinouart

✉ pierre.dinouart@gmail.com



L'auteur - Il est Ecossais, vivant dans le Lot, ce grand gaillard de 1m90, porte une belle queue de cheval et se présente en kilt. Né à Glasgow le 20 décembre 1951, Peter May s'est fait un nom à la télévision britannique en créant et transcrivant les scénarios de séries télévisées, très prisées outre-Manche. Nommé, à 21 ans, «jeune journaliste de l'année», il abandonne le journalisme lors de la publication de son premier roman, à l'âge de 26 ans.

Passionné par la Chine, il a pu accéder aux coulisses des enquêteurs chinois en criminologie pour effectuer les recherches nécessaires à ses romans. En reconnaissance de son travail, il a été nommé membre honoraire de l'association des écrivains de romans policiers chinois à la section de Pékin. Meurtres à Pékin est le premier roman de sa série chinoise publié en France, une série dans laquelle deux mentalités s'affrontent, celle du commissaire Li Yan et celle d'une Américaine médecin légiste.



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)

Eric Kiener (Paris)

Nguyen Trong Khanh (Toulouse)

Marc Piquemal (Asunción-Paraguay)

Yves Rouxville (Lorient)

✠ Comité de rédaction

David Alimi (Alfortville)

Philippe Castéra (Bordeaux)

Denis Colin (Paris)

Jean-Marc Eyssalet (Paris)

Bruno Esposito (Ferrare - Italie)

Setsuko Kame (Japon)

Jean-Louis Lafont (Nîmes)

Christian Mouglalis (Nantes)

Elisabeth Rochat de la Vallée (Paris)

Laurence Romano (Nîmes)

Henning Strom (Arcachon)

Patrick Triadou (Paris)

Henri Truong Tan Trung (St-Orens)

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

MÉRIDIENS

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

Acupuncture & Moxibustion

27, Bd d'Athènes,

F-13001 Marseille

☎ 04.96.17.00.31

www.acupuncture-moxibustion.org

ISSN 1633-3454

SIRET 451 817 910 00024

N° commission paritaire : 0312 G 86266

Imprimerie : Media Atelier Méditerranée,

36, rue Falque - 13006 Marseille

Conception Graphique :

Olivier Martin - Tél. : 04 91 46 97 80

Dépôt légal : Juillet 2007.

La revue Méridiens est issue du Bulletin de la Société d'Acupuncture créé en 1950 par les Docteurs Khoubesserian et Malpert, et la Revue d'Acupuncture, organe de l'Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France.

Le Docteur Didier Fourmont, fondateur de la Revue Méridiens en 1968, en a été le Directeur de la Publication jusqu'en 1997, date à laquelle lui a succédé le Docteur Jean-Claude Du-bois. Le dernier numéro paru avant la fusion est le numéro 115 (dernier semestre 2000).

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

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

(1) Membres des associations partenaires (AFERA, ASMAF-EFA, FMCRCDAO, GERA, GLEM, INVN, SAA, SMP) : abonnement facultatif collecté par les associations.

(2) Etudiant du DIU d'acupuncture (joindre justificatif).

(3) Sage-femmes (joindre justificatif).

(4) Médecins retraités (joindre justificatif).

XII^{es} Journées de la F.A.FOR.MEC

NÎMES

21-22 Novembre 2008

Fédération des Acupuncteurs pour leur Formation Médicale Continue

Le *Qi* de la respiration

Souffles et pathologies respiratoires

Champs des sujets :

- Étude des textes. Notion de *qingqi* et de *zhengqi*
- Physiologie, physiopathologie
- Clinique pratique des pathologies respiratoires
- Commission médico-sinologique
- Commission évaluation des ECR
- Auriculothérapie
- Études scientifiques
- Ateliers pratiques de techniques respiratoires

Ces thèmes seront présentés en conférences plénières, communications ou ateliers. La durée d'exposé sera évaluée selon l'intérêt et l'importance des sujets. Le temps des échanges sera largement développé.

En pratique :

Pour les intervenants : Dès le Congrès de Paris, il sera proposé à toutes les associations de présenter un sujet concernant le thème choisi représentatif de leurs recherches actuelles.

Pour les participants : Réservez dès à présent la date du 21-22 novembre 2008.

Vous recevrez prochainement tous les renseignements concernant l'inscription, l'hôtellerie, les bons de réduction de transport et un pré-programme du Congrès.

Comité d'organisation de l'OCNA NIMES 2008 :

Président : Dr Bernard Desoutter ✉ desoutter@wanadoo.fr

Secrétaire : Dr Laurence Romano ✉ romano_laurence@hotmail.com

Trésorier : Dr Daniel Deroc ✉ derocdaniel@neuf.fr

Pour tous renseignements :

AFERA 4 rue de la couronne, 30 000 Nîmes

☎ 04 66 76 11 13 ✉ ocnanimés@wanadoo.fr

XII^{es} Journées de la F.A.FOR.MEC
Fédération des Acupuncteurs pour leur Formation Médicale Continue
21-22 Novembre 2008
Hôtel Atria, 5 Boulevard de Prague, 30 000 Nîmes

SEDATELEC

L'AIGUILLE ASP

**NOUVEAU
TITANIUM**



CHEMIN DES MÛRIERS / F- 69540 IRIGNY / FRANCE
Tél : (+33) 04 72 66 33 22 / Fax : (+33) 04 78 50 89 03
Email : sedatelec@sedatelec.com