

MÉDECINES D'ASIE - **Savoirs & Pratiques**

Collection dirigée par Guy Mazars



# Panorama de l'auriculothérapie et de l'auriculomédecine

**Yves ROUXEVILLE  
et Yunsan MÉAS**

*Préfaces du Pr. Youenn Lajat  
et du Pr. Khaled Zeghal*



 Springer

# Panorama de l'auriculothérapie et de l'auriculomédecine

**Springer**

*Paris*

*Berlin*

*Heidelberg*

*New York*

*Hong Kong*

*Londres*

*Milan*

*Tokyo*

Yves Rouxville  
Yunsan Méas

# Panorama de l'auriculothérapie et de l'auriculomédecine

Yves Rouxeville

56601 Lanester Cedex

Yunsan Méas

CHU de Nantes

44093 Nantes

---

ISBN : 978-2-8178-0217-6 Springer Paris Berlin Heidelberg New York

© Springer-Verlag France, 2011

Imprimé en France

Springer-Verlag est membre du groupe Springer Science + Business Media

Cet ouvrage est soumis au copyright. Tous droits réservés, notamment la reproduction et la représentation, la traduction, la réimpression, l'exposé, la reproduction des illustrations et des tableaux, la transmission par voie d'enregistrement sonore ou visuel, la reproduction par microfilm ou tout autre moyen ainsi que la conservation des banques de données. La loi française sur le copyright du 9 septembre 1965 dans la version en vigueur n'autorise une reproduction intégrale ou partielle que dans certains cas, et en principe moyennant le paiement des droits. Toute représentation, reproduction, contrefaçon ou conservation dans une banque de données par quelque procédé que ce soit est sanctionnée par la loi pénale sur le copyright.

L'utilisation dans cet ouvrage de désignations, dénominations commerciales, marques de fabrique, etc. même sans spécification ne signifie pas que ces termes soient libres de la législation sur les marques de fabrique et la protection des marques et qu'ils puissent être utilisés par chacun.

La maison d'édition décline toute responsabilité quant à l'exactitude des indications de dosage et des modes d'emploi. Dans chaque cas il incombe à l'utilisateur de vérifier les informations données par comparaison à la littérature existante.

SPIN 11895435

*Maquette de couverture* : Jean-François Montmarché

*Mise en page* : Arts Graphiques Drouais – Dreux

*Illustration de la couverture* : Gaël Rouxeville, 2000



## « MÉDECINES D'ASIE - SAVOIRS & PRATIQUES »

Collection dirigée par Guy Mazars

Les médecines asiatiques, comme la médecine chinoise ou les médecines traditionnelles de l'Inde bénéficient d'une reconnaissance et d'un statut officiels dans leurs pays d'origine et suscitent un intérêt croissant dans les pays occidentaux. Elles y sont étudiées depuis longtemps et de plus en plus enseignées et pratiquées là où les législations le permettent.

La collection « Médecines d'Asie – Savoirs & Pratiques » accueille :

- des ouvrages didactiques, sous forme d'abrégés, destinés aux médecins et aux sages-femmes préparant le Diplôme interuniversitaire d'acupuncture, aux enseignants, aux kinésithérapeutes pratiquant les massages chinois, aux praticiens participant à des formations continues, ainsi qu'aux enseignants et aux étudiants intéressés par les médecines asiatiques ;
- des ouvrages de synthèse s'adressant principalement aux enseignants de médecine chinoise, aux chercheurs et aux acupuncteurs, mais aussi, en fonction du sujet traité, à des hospitalo-universitaires, des biologistes, des pharmacologues, des médecins généralistes et spécialistes, des kinésithérapeutes formés aux massages indiens et chinois, des phytothérapeutes. Chacun des volumes de cette série sera consacré à une pathologie ou à un sujet particulier, défini soit sous l'angle occidental (gynécologie, obstétrique, maladies cardio-vasculaires, etc.), soit sous l'angle des pratiques traditionnelles (Maladies du « vent », Maladies du « froid » [...]), soit sous l'angle technique (phytothérapie, moxibustion, auriculothérapie, massages, etc.) ;
- des ouvrages de références conçus pour les praticiens mais recommandés aussi à tous ceux qui étudient, enseignent et pratiquent des thérapeutiques asiatiques : dictionnaires, atlas, ouvrages de pharmacopée, livres de recettes, traductions de traités médicaux sanskrits, chinois, persans, arabes [...]

Guy Mazars est historien et anthropologue de la Santé. Ancien Secrétaire général du Centre européen d'Histoire de la médecine (1978-1998) et chercheur à l'Université Louis Pasteur de Strasbourg, il a enseigné à l'École pratique des hautes études, à Paris (Sorbonne, de 1983 à 1998) et dans plusieurs établissements universitaires en France et à l'étranger. Membre correspondant de l'Académie des Sciences de Lyon et Président de la Société européenne d'ethnopharmacologie <<http://ethnopharma.free.fr>>, il est surtout connu pour ses travaux sur les Médecines et les Pharmacopées traditionnelles de l'Asie. Il a publié notamment Les Médecines de l'Asie (en collaboration avec P. Huard et J. Bossy, Paris, Seuil, 1978, traduit en espagnol, italien et japonais), La Médecine indienne (Paris, PUF, 1995, traduit en anglais et en roumain) et de nombreux articles. C'est en 1984 qu'il a fondé la Société des études ayurvédiques <<http://ayurveda.france.free.fr>>, dont il est le Président. Il a aussi développé l'enseignement et la recherche en Ethnomédecine à l'Université Marc Bloch de Strasbourg <<http://ethnomedecine.free.fr>>.

**Dans la même collection :**

**Déjà paru :**

- *Une introduction à la médecine traditionnelle chinoise. Le corps théorique*, Marc Sapriel et Patrick Stoltz, septembre 2006
- *Nez, Gorge, Oreille en médecine traditionnelle chinoise*, Bernard Cygler, septembre 2006
- *L'esprit de l'aiguille. L'apport du Yi Jing à la pratique de l'acupuncture*, Michel Vinogradoff, septembre 2006
- *Auriculothérapie. L'Acupuncture auriculaire*, Yves Rouxville, Yunsan Méas et Jean Bossy, juillet 2007
- *Le bouddhisme et la médecine traditionnelle de l'Inde*, Sylvain Mazars, mars 2008
- *Le silence de l'aiguille. Quand le Yi Jing éclaire les transformations induites par l'acupuncture*, Michel Vinogradoff, octobre 2008
- *Le visage en médecine traditionnelle chinoise. Hors pathologies orificielles et sensorielles*, Bernard Cygler, 2009
- *Diététique chinoise de la femme enceinte. De la gestation au post-partum*, Marie-Emmanuelle Gatineau, 2010
- *La psychiatrie médiévale persane – La maladie mentale dans la tradition médicale persane*, Bertrand Thierry de Crussol des Epesses, 2010
- *Le diagnostic par les pouls en Chine et en France. Une histoire de la sphygmologie des origines au XVIII<sup>e</sup> siècle*, Éric Marié, 2011

**Autres ouvrages sur les médecines asiatiques aux Éditions Springer :**

- Yang Xinrong (Ed.) *Traditional Chinese Medicine. A Manual from A-Z. Symptoms, Therapy and Herbal Remedies*, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 2003, II-660 p.
- Khare CP (Ed.) *Indian Herbal Remedies. Rational Western Therapy, Ayurvedic and Other Traditional Usage, Botany. With 255 Figures*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 2004, X-524 p.
- Z. Liu, L. Liu *Essentials of Chinese Medicine* vol. 1, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 2010.

# Les auteurs

Les deux auteurs, Yunsan Méas et Yves Rouxville, ont en commun d'être médecins, d'avoir été les élèves directs du Dr Paul Nogier, de pratiquer l'auriculothérapie et l'auriculomédecine, et d'être médecins acupuncteurs.

Ils ont écrit en commun un bon nombre de publications et deux livres :

- *Ce qui marche, ce qui ne marche pas en auriculothérapie* (2004), Josette Lyon, Paris ;
- *Auriculothérapie, Acupuncture auriculaire* (2007), Springer-Verlag France, Paris.

## Le Dr Yunsan Méas

Praticien Hospitalier, Centre d'évaluation et de traitement de la douleur au Centre hospitalier et universitaire de Nantes.

Doctorant chercheur, université de Nantes, Laboratoire de Psychologie « Éducation, cognition, développement » (EA 3259).

Membre du groupe d'experts AuriculoMedicine and AuriculoTherapy Academy (AMATA).

Directeur de la Commission d'auriculothérapie au sein de la FAFORMEC depuis 2005.

Médecin Expert d'Auriculo. Sans Frontières.

Enseignant au module d'auriculothérapie (DIU d'acupuncture) à la Faculté de Médecine de Nantes.

Enseignant au CEC d'auriculothérapie à la Faculté de Médecine de Sfax,

Auteur du livre *Auto étirements* édité en 2004 par Josette Lyon.

## Le Dr Yves Rouxville

Enseigne l'auriculothérapie depuis 1983 et l'auriculomédecine depuis 1986.

Président fondateur et médecin expert d'Auriculo. Sans Frontières.

Membre du groupe d'experts AuriculoMedicine and AuriculoTherapy Academy (AMATA).

Responsable d'enseignement au module d'auriculothérapie (DIU d'acupuncture) à la Faculté de Médecine de Nantes.

Responsable d'enseignement au CEC d'auriculothérapie à la Faculté de Médecine de Sfax.

Auteur du livre *Acupuncture auriculaire personnalisée* édité en 2000 chez Sauramps médical, ouvrage traduit en anglais, en danois et en slovaque.

Coordinateur du livre *Actes d'Alba* édité en 2003 chez Sauramps médical.

Auteur de *The Essentials of Auriculomedicine*, traduit en anglais par le Dr Marc Richmond LeBel.

Auteur de *A Course in Auriculomedicine*, traduit en anglais par le Dr Marc Richmond LeBel.



# Préface

Ce nouveau livre concernant l'Auriculothérapie et l'Auriculomédecine vient compléter l'ouvrage précédent des mêmes auteurs, dans cette même collection. Dans le précédent ouvrage le but était de présenter et faire le point sur l'Auriculothérapie telle qu'elle est enseignée dans les Diplômes d'Acupuncture ; sa diffusion témoigne de son intérêt et de l'attente qui existait.

Dans ce second livre, indépendant du précédent, le propos des auteurs est différent, bien que toujours traité dans le même esprit. Il s'agit, ici, de présenter à des médecins initiés à l'Auriculothérapie des techniques plus élaborées, des stratégies et surtout d'aborder et d'approfondir ce que le concepteur de la technique, le Docteur Paul Nogier, appelait l'Auriculomédecine, c'est-à-dire une approche diagnostique et thérapeutique individualisée à chaque patient. Un chapitre présente, en outre, une approche complémentaire de pathologies rencontrées en pratique courante, sous forme de recettes très utiles.

Les auteurs - les Docteurs Yves Rouxville et Yunsan Méas – élèves directs du Docteur Paul Nogier – sont bien connus pour leur expertise dans ce domaine. Enseignants dévoués et appréciés pour leur pédagogie, ils participent à de nombreuses Formations Universitaires ou non Universitaires en France comme à l'étranger. Convaincus de la nécessité de faire la preuve scientifique de ce que l'on annonce, ils élaborent de nombreux essais cliniques multicentriques, destinés à confirmer la validité des tests décrits par Paul Nogier.

Puisse ce nouveau livre servir à une meilleure connaissance de l'Auriculothérapie et de l'Auriculomédecine, et répondre ainsi à une attente exprimée par de nombreux lecteurs !

*Pr. Youenn Lajat,  
Professeur Honoraire Agrégé de Neurochirurgie (Faculté de Médecine de Nantes)  
Ancien président du conseil de coordination du DIU d'acupuncture.*

# Préface

Mon ami le Docteur Yves Rouxville m'a demandé de préfacier cet ouvrage. C'est pour moi un grand honneur et je ne sais pas comment m'acquitter de cette tâche. Pour le pharmacologue que je suis, l'exercice n'est pas facile.

L'auriculothérapie ou acupuncture auriculaire reste pour moi une science éloignée des approches thérapeutiques médicamenteuses que j'essaie de maîtriser et d'enseigner.

Connaissant les avantages et les succès, mais également les limites de la thérapeutique médicamenteuse, avec ses effets indésirables et ses coûts parfois exorbitants, je vois d'un bon œil l'émergence d'autres approches thérapeutiques.

L'auriculothérapie est une méthode utilisée avec succès depuis longtemps en Chine dans certaines indications ; elle est aujourd'hui officiellement reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé. Le Dr Paul Nogier ne croyait pas bien faire en s'apercevant que des points du pavillon correspondaient à certains organes. Se voulant diagnostique et thérapeutique, l'auriculothérapie moderne voyait le jour.

Malgré des aspects et des mécanismes non encore élucidés, les observations thérapeutiques et les succès rapportés doivent nous interpeller. L'esprit scientifique doit nous amener à aider, ou du moins à laisser les convaincus rapporter leur savoir faire et leur permettre de continuer leurs recherches afin de mieux connaître les mécanismes d'actions et de mieux affiner les indications, pour une efficacité encore meilleure.

À l'instar de nos collègues de Nantes, un enseignement de l'auriculothérapie a vu le jour à la Faculté de Médecine de Sfax. Nos amis les docteurs Yunsan Méas et Yves Rouxville nous accompagnent dans cette aventure qu'une vingtaine de médecins ont entamée.

Après leur premier livre *Auriculothérapie, Acupuncture auriculaire* édité en 2007, ils reviennent à la charge pour nous proposer cet ouvrage *Panorama de l'auriculothérapie et de l'auriculomédecine* qui sera une référence de qualité pour tous les auriculothérapeutes et nos apprenants qui ont montré un grand intérêt et une envie de maîtriser la technique et l'approche thérapeutique. En effet, son contenu est riche en observations, en cas cliniques, en indications et en protocoles.

Au total, cet ouvrage constitue une nouvelle référence dans le domaine en termes de qualité et de pédagogie.

Pr. Khaled Zeghal,  
Professeur Agrégé de Pharmacologie  
Doyen de la Faculté de Médecine de Sfax (Tunisie).

# Sommaire

Préface (Pr. Youenn Lajat) .....	IX
Préface (Pr. Khaled Zeghal).....	XI
Préambule .....	XVII

## Première partie

### Présentation de l'auriculothérapie et de l'auriculomédecine

Introduction.....	5
Présentation de l'auriculothérapie.....	7

## Deuxième partie

### État actuel de l'Auriculo.

Problèmes soulevés par la population des acupuncteurs non-médecins ...	17
L'auriculothérapie en France, en 2010 .....	23
L'état de l'acupuncture en France et en Europe, en 2009.....	27
Intérêt de l'auriculothérapie dans une clinique de la Sécurité sociale, à Bizerte (Tunisie) .....	31
L'association Auriculo. Sans Frontières .....	33
L'auriculothérapie au centre hospitalier universitaire de Nantes .....	37
Le CEC d'auriculothérapie à Sfax (Tunisie) .....	47

## Troisième partie

### L'auriculothérapie

Auriculothérapie : le point auriculaire.....	55
Auriculothérapie : divers types de points auriculaires .....	61
Signification du tragus .....	69
La détection électrique : historique, théorie et pratique.....	75
Hypothèses sur la détection électrique différentielle du point d'oreille ....	89
Programmes d'auriculothérapie antitabac.....	103
Quelques observations .....	111

## Quatrième partie

### L'auriculomédecine

Le RAC décrit par Paul Nogier .....	119
Synthèse des stimuli et du diagnostic en auriculothérapie .....	129
Protocoles et procédures des principales techniques d'auriculomédecine .....	133
Rappel des tests capitaux en auriculomédecine .....	161
Sur les fréquences décrites par Paul Nogier .....	167

## Cinquième partie

### Évaluation de l'auriculomédecine

Répartition topographique et qualitative des points détectés par auriculomédecine et contrôlés par détection électrique .....	173
Le RAC-VAS, contrôle de sa mise en évidence.....	183
Auriculothérapie : un nouveau contrôle du RAC-VAS par détection électrique.....	191
Bilan de deux années d'évaluation des tests d'auriculomédecine décrits par Paul Nogier ( <i>versus</i> détection électrique).....	197
Contrôle par détection électrique des points auriculaires détectés par une projection colorée .....	209

## Sixième partie

### Les difficultés et le terrain

La géométrie de l'oreille.....	227
La théorie des phases, initialement décrites par Paul Nogier.....	245
L'étude du terrain et les obstacles en auriculomédecine.....	255

## Septième partie

### Thérapeutiques particulières à nos pratiques

À propos d'un cas d'analgésie chirurgicale par auriculomédecine.....	273
Quelques réflexions et remarques sur les fréquences.....	279
Les fréquences décrites par Paul Nogier .....	281
Étude clinique du Polartron Sud® en traumatologie sportive .....	285
Utilisation corporelle des champs magnétiques et électromagnétiques polarisés .....	289

Chromothérapie : protocoles et procédures en auriculomédecine.....	293
Électro-acupuncture auriculaire .....	297
L'application locale de chaleur.....	303

## Huitième partie

### Cas cliniques et situations pathologiques

L'auriculothérapie en obstétrique .....	309
Stratégie en auriculomédecine chez les allergiques .....	313
L'auriculomédecine dans les états dépressifs.....	321
L'Auriculo. dans les fibromyalgies.....	327
L'acupuncture dans les neuropathies.....	331
Auriculothérapie et orifices de la tête.....	333
L'Auriculo. dans l'obésité et le syndrome métabolique .....	345
Auriculo. et troubles du sommeil .....	353
Auriculomédecine et sénescence .....	359
Soins palliatifs – Thérapies complémentaires et auriculopathie .....	363

## Neuvième partie

### *In memoriam*

N'oublions pas les compagnons disparus !.....	379
Hommage au Professeur Bossy .....	381
Le docteur Flament nous a quittés .....	383

# Préambule

Y. Rouxeville

Une demande significative de précisions, ou de renseignements complémentaires, m'a incité à réaliser un second livre, quatre ans après notre traité d'auriculothérapie paru en 2007 dans la même collection : *Auriculothérapie, Acupuncture auriculaire*<sup>1</sup>. Il s'agit d'un complément présentant des techniques plus élaborées.

## Une compilation de textes déjà parus ?

Ce fut ma première idée. Le titre primitif était *Trente ans de recherches et de publications en Acupuncture auriculaire (Auriculothérapie et Auriculomédecine)*. En effet, regrouper les textes de Yunsan Méas et d'Yves Rouxeville (isolés ou écrits en commun) constituait une matière suffisante pour remplir un ouvrage. Il aurait fallu s'orienter vers une anthologie ou un florilège plutôt que vers un recueil d'articles plus ou moins exhaustif, afin d'éviter les redondances et les hypothèses erronées.

Une telle compilation a malgré tout l'intérêt de montrer l'évolution des pensées et des découvertes, tout en indiquant l'éventail des possibilités et des sujets d'intérêt.

## Une vue panoramique

J'ai préféré opter pour une grande ouverture, car nos textes sont très rarement limités à la seule auriculothérapie. Pour nous, cette discipline thérapeutique n'est plus alternative ou parallèle, mais complémentaire et intégrée aux soins habituels. Nous utilisons tous les deux le RAC, « le pouls de Nogier » pour rechercher les points d'oreille. Nous pratiquons aussi l'acupuncture, la médecine manuelle et les soins classiques par thérapeutique chimique afin de soigner nos malades.

---

1. Rouxeville Y, Méas Y, Bossy J (2007) *Auriculothérapie, Acupuncture auriculaire*, préfacé par le Pr Y. Lajat, Springer-Verlag, Paris.

Refusant toute dichotomie, notre choix est dicté par l'efficacité et l'évaluation des thérapeutiques, donc sur l'avis des malades, de nos maîtres et collègues.

## L'Auriculo.

C'est l'expression familière qui regroupe l'auriculothérapie et l'auriculomédecine, deux disciplines médicales découvertes par le Dr Paul Nogier, de Lyon (1908-1996), et classées dans l'acupuncture auriculaire.

## L'auriculothérapie

C'est une thérapeutique de correspondance, dont les bases théoriques et pratiques ont été exposées dans notre précédent ouvrage dans la même collection. Nous présentons ici des perfectionnements (le tragus, la détection électrique différentielle, la géométrie de l'oreille).

## L'auriculomédecine

Il s'agit d'une discipline médicale permettant d'explorer le côté individuel de la personne examinée. Le praticien se comporte comme un observateur : il palpe le pouls radial d'un malade, à la recherche d'un signal vasculaire, le RAC (VAS en anglais, *vascular autonomic signal*). Le RAC apparaît en réponse après des micro-stimulations faites sur la peau du malade (au pavillon de l'oreille ou sur le corps).

L'essentiel de ces techniques a été présenté en 2000<sup>2</sup>. Une évaluation indirecte de différents tests d'auriculomédecine a été menée depuis trois ans, ce qui conforte cette méthode.

Si nous faisons un parallèle avec l'habillement, on pourrait, dans une certaine mesure, comparer l'auriculothérapie au prêt-à-porter avec les quelques retouches utiles, alors que l'auriculomédecine serait l'équivalent de la confection sur mesure.

---

2. Rouxville Y (2000) Acupuncture auriculaire personnalisée, préfacé par le Pr P. Magnin. Sauramps médical, Montpellier.

## Une fidélité

Par son génie et par travail, Paul Nogier a créé de toutes pièces l'Auriculo. Je reste fidèle à l'enseignement de Paul Nogier, dont j'ai bénéficié de 1974 à 1995 (figs. 1 et 2), fidèle à l'esprit d'ouverture mêlé à la remise en cause perpétuelle des acquis insufflé par Paul Nogier en 1982 quand il a créé le Cours supérieur d'auriculomédecine. Je reste également fidèle au Pr Jean Bossy qui a tenu à ce que l'Auriculo. se développe avec méthode, sérieux et rigueur.

Cependant, fidélité n'est pas synonyme de sclérose ou d'immobilisme : mon maître le Dr Max Tétau écrit sans ambages « *Fidélité ne veut pas dire embaumement et momification*<sup>3</sup> ».



Fig. 1 – Les enseignants du GLEM en 1979 à Alba-la-Romaine (photo Rouxville).

3. Tétau M (2010) Éditorial des Cahiers de Biothérapie, n° 224, « Bicentenaire de l'Organon d'Hahnemann ».





Fig. 2 – Paul Nogier et quelques disciples, chez lui, en 1995 (photo Rouxeville).

## Un espoir comblé

Quatre ans se sont écoulés depuis notre précédent livre dans cette collection. Les avancées théoriques et pratiques dans le domaine de l'Auriculo. me remplissent de joie :

- au plan diagnostic, un remarquable détecteur électrique permettant un contrôle fin des points détectés avec le VAS, ce qui conduit à une forte remise en cause des notions d'auriculomédecine exposées et enseignées dans le passé !
- au plan thérapeutique, le bonheur de disposer enfin d'un stimulateur électrique ayant une efficacité comparable au Stigmascope® de mes débuts. Et aussi le plaisir de pouvoir réaliser des soins de qualité en traitant les points d'oreille par la chaleur.

## Éthique

Je tiens à préciser que je n'ai aucun lien de subordination ou de conflit d'intérêt avec les fabricants ou distributeurs des dispositifs médicaux cités ou évoqués dans ce livre.

## Remerciements

Cet ouvrage est original, construit depuis des années. Il n'a pu être réalisé qu'avec le soutien et les encouragements des proches et des collègues. Le temps consacré à l'organisation ou à l'écriture étant des moments retirés à la famille, je tiens particulièrement à remercier :

- en priorité mon épouse Anne, dont le soutien constant m'a permis de m'investir depuis des années dans le développement de l'Auriculo. ;
- mes enfants Gaël et Hervé, leurs épouses Mariette et Caroline ;
- mes petits-enfants Maxence, Axel, Théo et Edwin ;
- ma sœur Annie.

Cette construction n'aurait pas été possible sans la confiance et l'aide apportées par :

- M. le Pr. Khaled Zeghal, doyen de la Faculté de Médecine de Sfax ;
- M. le Dr Yunsan Méas, l'ami sûr et le coéquipier pour ce nouveau défi ;
- M. le Pr Youenn Lajat, qui a préfacé notre livre dans cette collection en 2007 ;
- Mme le Pr Boussayma Hammami et M. le Pr M. Imed Miladi, coordinateurs du CEC d'auriculothérapie à la Faculté de Médecine de Sfax ;
- M. le Recteur Pierre Magnin, qui a préfacé mon livre d'auriculomédecine en 2000 ;
- M. le Dr M. Ali Farah, président de la Société tunisienne des biothérapies, vice-président d'Auriculo. Sans Frontières, qui me convie à enseigner depuis 1996 ;
- Mme Dalila Trabelsi, vice-présidente de la Société tunisienne des biothérapies, secrétaire adjointe d'Auriculo. Sans Frontières ;
- M. le Pr Yves Matillon, pour son écoute bienveillante ;
- M. le Dr Michel Fauré, président du SNMAF ;
- Mr. le Dr Bernard Bricot, président du CIES ;
- M. Le Dr Pascal Vidal, président d'ICAMAR, secrétaire d'Auriculo. Sans Frontières ;
- M. le Dr Marc LeBel, médecin expert d'auriculo. Sans Frontières, l'ami qui prend le temps de traduire mes textes en bon anglais ;

- M. François Dumont, ingénieur en électronique ;
- Mme Nathalie Lhorset-Poulain, éditrice aux éditions Springer-Verlag France ;
- M. Guy Mazars, directeur de la collection Médecines d'Asie aux éditions Springer-Verlag France ;
- M. le Dr Marco Romoli, enseignant au Master d'acupuncture à l'université de Florence ;
- M. le Dr André Lentz, trésorier d'ICAMAR, compagnon en Auriculo. depuis une trentaine d'années ;
- M. le Dr Michel Touret, mon successeur devenu un ami ;
- Mme le Dr Chantal Vulliez, ancienne présidente du GLEM ;
- les compagnons décidés à poursuivre, en France ou en Tunisie, l'évaluation de l'auriculothérapie et l'auriculomédecine par des études multicentriques ;
- MM. les docteurs Olivier Goret, Bernard Memheld, Patrick Sautreuil et Jean-Marc Stéphan, de la revue *Acupuncture & Moxibustion* ;
- M. le Dr Max Tétou et Mme Marie-Berthe Roche, des *Cahiers de Biothérapie* ;
- Mme Sophie Gillot, éditrice chez Josette Lyon ;
- M. le Dr Bernard Maire, coordinateur du DIU d'Acupuncture à Nantes ;
- mes élèves (fig. 3) et mes amis, qui sont assez souvent les mêmes...



Fig. 3 – Un séminaire du GLEM à Paris, en 2007 (photo Rouxville).

## **PREMIÈRE PARTIE**

# **PRÉSENTATION DE L'AURICULOTHÉRAPIE ET DE L'AURICULOMÉDECINE**

Ces deux disciplines sont présentées sous forme du document explicatif préalable remis aux médecins étudiant ces disciplines dans les Facultés de Médecine de Nantes et de Sfax, comme aux élèves d'Auriculo. Sans Frontières.

# Introduction

Y. Rouxeville et Y. Méas

Plus de trois ans se sont écoulés depuis la parution de notre livre *Auriculothérapie, Acupuncture auriculaire*<sup>1</sup>. Au cours de cette courte période, nous avons connu une note sombre avec le décès du Pr Jean Bossy.

Notre ouvrage commun a été apprécié, permettant ainsi de poursuivre une organisation ordonnée de l'auriculothérapie. En particulier, nous avons eu la joie de voir se réaliser un enseignement universitaire à Sfax, une revue d'Auriculo. en ligne, ainsi qu'une évaluation des tests d'auriculomédecine décrits par Paul Nogier.

Ce traité peut être considéré comme un complément de notre livre paru en 2007 dans la même collection. Ces deux livres sont indépendants, et la lecture de notre premier livre n'est pas un préalable indispensable pour découvrir cet ouvrage.

Ce traité est également un complément au livre de Yves Rouxeville sur l'auriculomédecine, paru en 2000<sup>2</sup>.

Nous ne faisons pas de dichotomie entre auriculothérapie et auriculomédecine, ni entre auriculothérapie et acupuncture, ni entre acupuncture et thérapeutiques conventionnelles.

Notre conception, celle de la médecine du XXI<sup>e</sup> siècle, est de placer l'auriculothérapie et l'auriculomédecine comme des thérapeutiques complémentaires et intégrées.

## Une proposition de classement des données

Afin de normaliser le langage, nous estimons indispensable de classer désormais les données décrites ou alléguées en quatre volets.

### Formation initiale

Données évaluées, hypothèses acceptables en formation chez des novices.

---

1. Rouxeville Y, Méas Y, Bossy J (2007) *Auriculothérapie, Acupuncture auriculaire*, préfacé par le Pr Y. Lajat. Springer-Verlag, Paris.

2. Rouxeville Y (2000) *Acupuncture auriculaire personnalisée*. Sauramps Médical, Montpellier.

## Perfectionnement

Données évaluées, hypothèses acceptables en formation chez des professionnels de santé déjà formés.

## Recherche

Données non évaluées, hypothèses discutables ou à éprouver.

## Parapsychologie

Avec le sens donné par Jean Bossy : « *étude de phénomènes insolites ne s'expliquant pas par la physique, ni par la psychologie*<sup>3</sup> ».

Hypothèses médicalement inacceptables ou non défendables.

## Remerciements

Concernant la reprise partielle ou totale de textes déjà parus (à la fois les manuscrits et les figures), nous tenons à remercier de leur accord :

- M. Raphaël Nogier, secrétaire de rédaction de la revue *Auriculomédecine*, éditée par Maisonneuve SA jusqu'en octobre 1984 ;
- le Dr Raphaël Nogier, président du GLEM, responsable de publication des *Annales du GLEM*<sup>4</sup> ;
- le Dr Jean-Marc Stéphan, directeur de la revue *Acupuncture & Moxibustion*<sup>5</sup> ;
- le Dr Max Tétau, rédacteur en chef des *Cahiers de Biothérapie*<sup>6</sup> ;
- M. Dominique Torreilles, directeur des éditions Sauramps médical<sup>7</sup>, éditeur de *Acupuncture auriculaire personnalisée* ;
- le Dr Pascal Vidal, président d'ICAMAR<sup>8</sup>, directeur de publication de la revue d'Auriculo. en ligne ICAMAR ;
- le Dr Philippe Tournesac, rédacteur en chef de la revue *Santé Intégrative*<sup>9</sup>.
- M. Marc Richmond LeBel pour les éditions Dux Lucis Books.

---

3. Bossy J (1999) La grande aventure du terme médical. Sauramps médical, Montpellier.

4. GLEM, 49 rue Mercière, 69002 Lyon.

5. Acupuncture & Moxibustion, 172, rue Jean Jaurès, BP 17, 59255 Haveluy.

6. Cahiers de Biothérapie, Éditions Similia, 209, rue de la Libération, 69110 Sainte-Foy-lès-Lyon.

7. Sauramps médical, 11, boulevard Henry IV, 34000 Montpellier.

8. ICAMAR, 2, rue Montbrun, 75014 Paris.

9. Santé Intégrative, Spasmagazine SARL, Eiffel Park D 415, rue CN Ledoux, 13854 Aix-en-Provence Cedex 3.

# Présentation de l'auriculothérapie<sup>1</sup>

Y. Rouxville et Y. Méas

## Généralités

Parmi les diverses possibilités de soins, la médecine intègre les réflexothérapies, qui utilisent le système nerveux comme médiateur non exclusif (1). Au sein des réflexothérapies, l'acupuncture se taille la part du lion. Cette thérapeutique multimillénaire, d'origine chinoise, est désormais universelle. Des variantes de l'acupuncture traditionnelle chinoise existent dans le Sud-Est asiatique.

Au sein de l'ensemble qu'est l'acupuncture, un certain nombre de micro-systèmes (ainsi nommés par le Pr Jean Bossy, créateur du DIU d'acupuncture) permettent de traiter les organes du corps à partir d'un endroit : le crâne, la face, la main, le pied, le nez, les dents, l'oreille (2). Parmi ces sous-ensembles de l'acupuncture, l'auriculothérapie (ou acupuncture auriculaire) est la plus élaborée et la mieux documentée au plan scientifique. Découverte en France, l'auriculothérapie est désormais universelle.

## Bref historique de l'auriculothérapie

Les Chinois antiques connaissaient au niveau du pavillon de l'oreille une douzaine de points d'acupuncture, actifs sur certains symptômes, mais sans système organisé. En 1951, le Dr Paul Nogier, de Lyon, a noté que la cautérisation d'un endroit bien précis du pavillon de l'oreille soulageait de la névralgie sciatique. Logiquement, il a relié ce point à une représentation de la 5<sup>e</sup> vertèbre lombaire, puis il a recherché de façon empirique les relations entre l'oreille et les organes du corps. En 1956, il a publié ses premières conclusions ; ce texte fut connu en Chine alors que Mao Tsé-toung désirait libérer l'acupuncture des concepts philosophiques. L'auriculothérapie fut acceptée, puis pratiquée par des centaines de milliers de « médecins aux pieds nus » avec des résultats favorables malgré une formation

---

1. Destinée aux étudiants du Module d'auriculothérapie (DIU d'acupuncture, Faculté de Médecine de Nantes), aux étudiants du CEC d'auriculothérapie (Faculté de Médecine de Sfax) et aux élèves d'Auriculo. Sans Frontières.



élémentaire, et dans certains hôpitaux chinois à titre analgésique lors d'interventions chirurgicales (3).

L'auriculothérapie a été reconnue par l'OMS (Séoul en 1987, Lyon en 1990). Connue au plan mondial, elle dispose de Congrès spécifiques (du I<sup>er</sup> Symposium à Lyon en 1994 au VI<sup>e</sup> Symposium à Bologne en 2009). Elle est classée comme une technique spéciale de l'acupuncture (ICMART, FAFORMEC, Capacité DIU d'acupuncture, ministère de la Santé publique, Ordre des médecins, Caisses d'Assurance maladie) (4).

## « Auriculomédecine »

En 1966, Paul Nogier, habitué à la prise des pouls chinois, a découvert que le pouls peut se modifier sous l'action de stimuli effectués à l'oreille ou sur le reste du corps. La pratique de cette réaction d'adaptation à un micro-stress, le RAC (Réaction Autonome Circulatoire, VAS en anglais) fut nommée « Auriculomédecine », mauvais terme consacré par l'usage. De très nombreux stimuli possibles en font sa richesse (5).

## Module d'auriculothérapie

En 2005, à la suite d'une demande unanime exprimée à Lyon au sein de la FAFORMEC, le Pr Youenn Lajat, président du Conseil de coordination du DIU d'acupuncture, demande au Dr Yves Rouxville de réaliser un Module d'acupuncture auriculaire, avec l'aide du Yunsan Méas, à l'université de Nantes. Doivent y être présentés tous les diagnostics et tous les soins du point d'oreille, de manière critique si possible évaluée.

## L'oreille, où, comment, pourquoi ?

### Anatomie topographique

Le pavillon auriculaire comporte trois cartilages convexes (l'hélix HX, l'anthélix AH, l'antitragus AT), des cartilages concaves (la fosse scaphoïde SF, la conque IC et SC, la fosse triangulaire TF), un cartilage plat (le tragus TG), ainsi que le lobule LO.

## Histologie des points d'oreille (6)

Au plan histologique, l'unité 103 de l'INSERM à Montpellier (Pr. Pierre Rabischong, Pr. René Sénélar, Dr Odile Auziech, Dr Claudie Terral) a montré que les points importants d'acupuncture sont un complexe neurovasculaire (CNV) baignant dans un feutrage de tissu conjonctif. L'artériole et les terminaisons nerveuses sont proches. Les CNV sont aussi un relais de défense immunitaire. À l'oreille, c'est surtout dans la conque que l'on retrouve les CNV anesthésiques. Il existe d'autres points moins élaborés.

## Innervation du pavillon auriculaire (2, 4)

Les fibres autonomes suivent les vaisseaux et leurs branches (l'artère temporale superficielle et l'artère auriculaire postérieure). L'innervation cérébro-spinale est réalisée essentiellement par le nerf auriculo-temporal issu du trijumeau V, par le rameau auriculaire du vague X, et par le grand nerf auriculaire issu du plexus cervical C2-C3, ainsi que des fibres du facial VII, du glosso-pharyngien IX, et du spinal XI.

Directement reliée au système nerveux central, l'oreille est la seule zone du corps à disposer d'une telle densité et variété d'innervation, tout en étant proche du cerveau. On y retrouve des territoires orthosympathiques et parasymphathiques.

Les circuits nerveux autonomes et cérébro-spinaux simples permettent d'expliquer les effets directs de l'auriculothérapie sur le tronc, le cou, la tête et les membres supérieurs. Pour le reste du corps, le phénomène de convergence présent au sein de la formation réticulée est capital : il l'explique comme il explique également le fait que tous les endroits du corps soient représentés à l'oreille.

Informé à chaque instant des dérives simples ou complexes de chaque organe, le cerveau maintient l'équilibre de l'homéostasie. Comme l'écrit Raphaël Nogier, l'oreille se comporte comme « une carte d'accès au cerveau ».

La schématisation visuelle ne peut être mieux résumée que par la confrontation entre les images de l'oreille, du fœtus et du cerveau.

## Spécificités du point d'acupuncture auriculaire

Hormis des points-maîtres comme le point zéro, un point n'est détectable qu'en cas d'anomalie périphérique (de l'organe avec lequel il est en relation). Non constant, il est bien en relation avec la pathologie. Sa douleur à la pression, étudiée par Nogier et par Jarricot, est bien le témoin d'une « souffrance viscérale

projetée », telles que le sont les dermalgies réflexes décrites sur le corps par Henri Jarricot.

Paul Nogier en a apporté la preuve dans l'expérience de la douleur provoquée : pincer le pouce d'une personne saine rend douloureux à la pression un point de son oreille homolatérale (« le point du pouce ») pendant la durée de l'expérience (3).

## Diagnostic du point d'oreille

Dans les cas de pathologie durant depuis cinq ans au moins, on peut noter une modification de l'aspect de l'oreille à cet endroit (7). Dans les douleurs, souffrances et états très perturbés, on recherchera les points malades douloureux à la palpation. Dans les troubles fonctionnels et les perturbations subtiles, le RAC-VAS (le pouls dit de Nogier) sera d'un grand secours, par sa rapidité et sa grande précision physiopathologique (5). En toutes circonstances, on contrôlera par détection électrique différentielle, à la recherche d'une variation d'impédance du point par rapport au point de référence.

## Cartographies d'oreille

Ces planches indiquent généralement des points dits points-maîtres au caractère plurifocal, et des zones plus ou moins étendues où sont représentés les organes. Le point correspondant à un organe ne se situe pas exactement au même endroit chez différents malades porteurs d'une même maladie, mais avec une probabilité au sein d'une zone plus ou moins grande, elle-même située dans un secteur (7).

## Vérification du point d'oreille

Jacques Niboyet a démontré que le point d'acupuncture présente une baisse de résistance électrique. L'examen des CNV (plus gros que les autres points neuro-vasculaires) montre des particularités : Claudie Terral a observé à l'oscilloscope des effets particuliers tels que Diode simple, Thyristor et Tunnel (6).

En cas d'anomalie, le point d'oreille présente une variation plus ou moins forte de son impédance, par rapport à l'environnement immédiat (4).

## Effet du traitement du point sur l'organe correspondant

On estime logiquement que le traitement d'un point modifiera la vascularisation et la thermorégulation de l'organe correspondant. In fine, tout se passe comme si le traitement du point auriculaire avait sur l'organe une action réflexe antiradiculaire, anti-hypoxique et anti-ischémique.

Cependant, il faut tempérer l'idée simpliste selon laquelle un point correspondrait à un organe et à un seul endroit du cerveau, sans plus. L'idée qui prévaut actuellement est celle d'un circuit pouvant présenter une panne à tel ou tel endroit. Récemment, Yunsan Méas a pu effectuer quelques vérifications avec le PET-Scan, montrant qu'à la suite d'une stimulation corporelle, de nombreuses zones s'allument et non pas une seule. Ce qui laisse entendre que la douleur est une interprétation bien plus complexe qu'un simple lieu ou point : divers mécanismes complexes entrent en jeu (la mémoire, le vécu, etc.). La relance physiologique entraîne une correction plus solide et durable.

## Traitements

Si quelques recettes d'auriculothérapie peuvent soulager efficacement des douleurs récentes, il faut dépasser cette conception élémentaire. Les pathologies chroniques sont caractérisées par l'intrication du physique et du mental, de troubles d'adaptation au stress, de désordres immunitaires, de déséquilibres hormonaux ou posturaux. Le médecin devrait donc pouvoir comprendre les stratégies d'adaptation élaborées par leurs patients.

## Indications

Les indications de l'auriculothérapie sont celles de l'acupuncture. L'ANAES a d'abord validé l'efficacité dans la douleur (sous toutes ses formes), les troubles digestifs et les addictions (tabagisme, alcoolisme), puis dans le syndrome anxio-dépressif, l'aide à la rééducation motrice, les allergies et l'incontinence urinaire.

Notre pratique porte essentiellement sur les troubles fonctionnels et/ou algiques, chez tous les malades (organiques ou fonctionnels). Il est bien difficile d'af-

firmer un effet de l'acupuncture auriculaire meilleur que celui de l'acupuncture traditionnelle faite sur le corps : cela dépend des maladies, des malades, tout comme de l'opérateur, de son niveau de connaissance et de pratique, bref de sa compétence !

On peut également envisager une « prévention de la douleur » par auriculothérapie : l'analgésie réflexe à but chirurgical.

## **Stimuli utilisés à but thérapeutique**

En priorité l'aiguille classique (stérile et à usage unique) ainsi que l'ASP (qui restera quelques jours) pour les points en faible baisse d'impédance. L'électricité a des effets constants ; la chaleur est encore peu utilisée. La micro-saignée est pratiquée sur les zones en élévation d'impédance.

La physiothérapie (laser, fréquences infrarouges, aimants, etc.) n'a pas été évaluée. Il s'agit d'actes hors nomenclature non reconnus par l'Assurance Maladie.

## **Fréquence de répétition des soins**

La fréquence habituelle des séances de soins est d'une à deux séances par semaine dans les cas aigus, d'une à deux séances par mois chez les chroniques. Un effet devrait être ressenti en une à trois séances. Pour entretenir l'effet du traitement initial, d'autres séances, que l'on peut considérer comme des « piqûres de rappel », peuvent être prévues selon les besoins des malades et selon leurs maladies.

## **Références**

1. Bossy J (1975) Bases neurobiologiques des réflexothérapies. Masson, Paris
2. Bossy J, Prat-Pradal D, Taillandier J (1983) Microsystèmes de l'acupuncture. Masson, Paris
3. Nogier PFM (1969) Traité d'auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
4. Rouxville Y, Méas Y, Bossy J (2007) Auriculothérapie, Acupuncture auriculaire. Springer-Verlag France, Paris
5. Rouxville Y (2000) Acupuncture auriculaire personnalisée. Sauramps médical, Montpellier
6. Terral C (2009) Douleur et Acupuncture. Sauramps médical, Montpellier
7. Romoli M (2003) Agopuntura auricolare. Utet, Torino

## **DEUXIÈME PARTIE**

### **ÉTAT ACTUEL DE L'AURICULO. (AURICULOTHÉRAPIE ET AURICULOMÉDECINE)**

Cet ouvrage débute par un recueil de textes sur la situation de l'Auriculo. en fin d'année 2010.

- La pratique de l'auriculothérapie et de l'acupuncture avec des aiguilles, en France, est légalement réservée au corps médical. Comment une évolution de cette situation serait-elle possible sans risques particuliers pour les usagers ?
- Il y a dix ans, l'Auriculo. était considérée comme une thérapeutique alternative. Actuellement, cette discipline est bien une thérapeutique complémentaire intégrée. Depuis 2010, elle dispose d'une revue en ligne et d'un groupe d'experts.
- Aussi bien en Auriculo. qu'en acupuncture, la France est un pays phare en Europe, tant pour l'enseignement que pour les consultations publiques.
- Une étude prospective réalisée dans une clinique de la Sécurité sociale, dans un pays du Maghreb, montre l'intérêt médical et économique de l'Auriculo.
- L'association Auriculo. Sans Frontières intervient pour développer l'Auriculo. auprès des professionnels de Santé, en France aussi bien que par le monde.
- Le Groupe Lyonnais d'Études Médicales est la référence historique en Auriculo.
- Aux plans de la recherche, des consultations, de l'enseignement et des publications, Nantes est devenu l'un des pôles moteurs de l'Auriculo. en France.
- La Faculté de Médecine de Sfax (Tunisie) enseigne l'Auriculo. depuis 2010.

*« Le génie de l'homme lui a permis d'inventer ce qui n'existait pas, le Temps, un temps à la mesure de la vie des hommes, des femmes et des enfants. » (Roger Weigele)*

# Problèmes soulevés par la population des acupuncteurs non-médecins<sup>1</sup>

M. Fauré, Y. Rouxville, P. Aubé

## SNMAF

Le SNMAF, organisme professionnel responsable, propose une réflexion.

Les six thèmes sont :

- l'organisation légale de la médecine, en 2008 ;
- l'organisation de l'acupuncture, en France, en 2008 ;
- l'évolution des souhaits et des besoins de la société ;
- élargir l'acupuncture aux paramédicaux ?
- surveiller les acupuncteurs non-médecins ;
- informer les médecins acupuncteurs des limites et des interdits ;
- rappels sur l'exercice de la médecine, en France. La loi française définit la médecine.

## Médecine et loi

C'est « l'établissement de diagnostic et de thérapie », avec les références à la nomenclature d'actes :

- la loi définit que la médecine doit être exercée par les seuls médecins (le titre de médecin est un titre protégé) ;
- ces médecins sont diplômés d'État, minimum Bac. + 9 actuellement (thèse de doctorat) ;
- ce diplôme est obtenu après un certain nombre d'années d'études, de stages hospitaliers, etc. ;
- l'exercice de la médecine est réglementé. Il est encadré par le Code de la Santé, le Code de déontologie, le Code civil, etc. ;

---

1. Atelier organisé par le Syndicat national des médecins acupuncteurs de France (SNMAF) à Nîmes, le 22 novembre 2008. Reproduit avec l'aimable autorisation du SNMAF.



- pour exercer, les médecins doivent être inscrits à l'Ordre des médecins (structure professionnelle) ;
- l'Ordre définit un Code de déontologie (ensemble de règles d'exercice professionnel) ;
- outre les soins (privés ou publics), les médecins ont un rôle dans la Santé publique ;
- les praticiens doivent pratiquer des soins conformes aux données actuelles.

## **Évolution réglementaire**

L'évolution réglementaire doit être connue.

- loi sur la sécurité sanitaire du 1<sup>er</sup> juillet 1998, et ses décrets aux multiples incidences ;
- pour le praticien, il y a obligation d'informer les patients sur les risques potentiels, avant de réaliser un acte (de diagnostic ou de soins). C'est la loi dite Kouchner, de 2002 ;
- en cas d'affections nosocomiales, c'est au praticien de prouver qu'il a utilisé la bonne procédure ; il a une obligation de moyens.

## **Connaissances médicales et scientifiques (le savoir universel)**

Ces informations sont libres d'accès :

- achat de livres ou de revues ;
- consultation en des bibliothèques spécialisées ;
- recherches sur Internet ;
- etc.

Chacun peut faire des conférences ou écrire sur la médecine, mais les médecins doivent respecter la déontologie (conformité aux aspects actuels, absence de publicité, exclusion du charlatanisme, etc.).

## **Enseignement de la médecine**

- La formation initiale : les cours de médecine sont délivrés à des étudiants ou à des médecins.
- La formation médicale continue : ce sont les perfectionnements, recommandés ou prévus.

## Thérapeutique

La thérapeutique est l'art de délivrer des soins.

- En France, on peut enseigner la thérapeutique à tout le monde. En revanche, seuls les professionnels de santé peuvent exercer pour la santé ! C'est un paradoxe.
- De même, on peut légalement apprendre à voler, mais le vol est un délit et le voleur enfreint la loi !

## Acupuncture

L'acupuncture est une thérapeutique.

En France, l'exercice de l'acupuncture est réservé aux médecins.

Son enseignement est prévu par l'Université :

- DIU et Capacité d'acupuncture (forme les Médecins Acupuncteurs) ;
- DIU d'acupuncture obstétricale (forme les Sages-Femmes) ;
- DIU d'auriculothérapie ;
- certaines pratiques peuvent être organisées, tel le Module optionnel d'auriculothérapie au sein du Diplôme Inter Universitaire (DIU) d'acupuncture.

## Corps médical

Il comporte les médecins et assimilés. Les médecins sont habilités à faire un diagnostic et des soins. Les sages-femmes, les dentistes et les vétérinaires aussi, dans leur domaine. Tous ces praticiens sont docteurs (diplôme d'État), sauf les sages-femmes. Ils ont tous un Ordre professionnel.

## Paramédicaux

Ce sont des praticiens titulaires d'un diplôme d'État (professionnels de Santé du Livret III) : masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, podologues, etc.

Chaque catégorie dispose d'un Ordre professionnel.

## Pratique de certains soins

La pratique de certains soins est enseignée à certaines professions.

### Massage

Il est le domaine de compétence des masseurs-kinésithérapeutes, qui ont une très bonne connaissance de l'anatomie (des structures sous-cutanées).

Le massage est enseigné aux médecins spécialistes en rééducation fonctionnelle, ou en médecine physique et de réadaptation.

Le massage est enseigné aux médecins pratiquant la médecine manuelle-ostéopathie.

Les médecins du sport et les rhumatologues ne l'ignorent pas !

### Physiothérapie

Ce sont les courants électriques, les aimants, le laser, les fréquences en infrarouge, etc. Cet ensemble fait partie des soins reconnus.

La physiothérapie est enseignée aux médecins spécialistes rééducateurs (médecine physique et de réadaptation), ainsi qu'aux masseurs-kinésithérapeutes. Elle est intégrée dans le cadre de séances de rééducation et/ou d'aide à la réadaptation.

Elle est connue des médecins du sport, des neurologues et des rhumatologues.

Pour les médecins, c'est un acte hors consultation. Il peut être coté à la CCAM (remboursable sous condition) ou bien hors nomenclature (non remboursable).

## Les illégaux

Les illégaux évoquent généralement des références culturelles ou historiques.

Les médecines populaires (laïques ou religieuses) sont un recours remontant à la nuit des temps. Les praticiens empiriques peuvent être fort efficaces. Les meilleurs sont généralement les plus discrets.

Au temps de Molière, la chirurgie était exercée par des barbiers. Au XXI<sup>e</sup> siècle, faut-il tolérer la pratique de l'acupuncture par les coiffeurs ?

Peut-on transposer intégralement les pratiques ancestrales et exotiques ?

Les esthéticiennes font du bien au corps physique et donc à l'âme. Merci !  
Doit-on pour autant les considérer comme des professionnelles de Santé ?

## Élargir la pratique de l'acupuncture ?

### Impact sur la Santé publique

L'impact sur la Santé publique est évident. Il a été décrit des pathologies consécutives à la pratique de l'acupuncture : pneumothorax, hémorragie du péricarde (foramen sternal), piqûre de nerf ou d'artère, etc.

L'aiguille d'acupuncture est un vecteur potentiel de maladies infectieuses (virus, germes).

### Quels soins habiliter, pour quelle corporation ?

Un concept post-soixante-huitard est récurrent : « interdit d'interdire », « tout permettre », etc. Nous estimons que certains soins par acupuncture pourraient être envisagés pour des professionnels de Santé, puisqu'ils ont déjà une formation de base.

Lors de nos discussions, évitons d'être manipulés par des termes biaisés, à titre d'exemple :

- « *Médecine* » signifie « technique de soins », est parfois compris comme « technique de soin médical ». Or « médecine » est aussi « profession du médecin », ce qui est toujours valorisant pour un thérapeute illégal. Au terme de la loi, « la médecine » concourt au renforcement de la santé et au bien-être.
- « *Tradition* » signifie « pratique transmise depuis longtemps ». Ce terme n'a nullement la connotation négative d'« ancien ». Il présuppose qu'il faut accepter comme un dogme la totalité de la tradition.

Une « *médecine traditionnelle* » est une réalité : c'est une médecine non conventionnelle (donc libre, non encadrée), mais avec l'obligation d'en respecter les préceptes.

### Médecine traditionnelle chinoise

Elle comporte un certain nombre de techniques et de thérapeutiques :

- l'acupuncture (s'apparente à la médecine) ;

- la phytothérapie (s'apparente à la pharmacie) ;
- les massages, Tuina, etc. (s'apparentent aux massages) ;
- le Qi Kong, le Tai Chi (s'apparentent à la gymnastique médicale).

Elle correspond à une pratique multimillénaire dans un pays phare (la Chine) avec des variantes dans les pays voisins (le Sud-Est asiatique).

Elle est libre (non réglementée). Elle peut être effectuée soit par des praticiens (dits professeurs de Santé), soit par des médecins (qui incluent son aspect scientifique).

Elle se développe dans tous les pays du monde. C'est un pôle d'expansion économique de la Chine, grâce à la vente de phytothérapie.

Elle s'appuie sur des lobbies puissants. Elle correspond à une demande de la population, qui souhaite une approche personnalisée.

Elle est en phase avec un goût pour l'exotisme.

Faut-il légaliser la pratique de tous les types de soin ? Achète-t-on un chat dans un sac ?

## SNMAF et cellule de veille

Le SNMAF a créé une cellule de veille. Elle est dirigée vers les non-médecins.

Nous savons que la Santé, l'Ordre et l'Assurance Maladie sont solidaires, en cas d'atteinte à la Santé publique. Notre profession ne peut donc pas se désintéresser.

Au plan des acupuncteurs non-médecins, le rôle de notre organisme professionnel est :

- de recevoir l'information, en sachant qu'une source technique est préférable à une source humaine ;
- d'alerter en cas d'anomalie ou problème avéré ;
- toujours informer sur la pratique légale.

Le SNMAF prévient les confrères, afin de leur éviter les rigueurs de la loi. Les médecins ne savent pas tous que l'acupuncture est un acte médical reconnu !

Les médecins acupuncteurs doivent se comporter comme des médecins qui pratiquent l'acupuncture ; par exemple, le compérage d'un médecin avec des illégaux est interdit.

Restons vigilants, comme pour la conduite automobile : il suffit de bien peu pour devenir contrevenant voire délinquant !

Désormais, la traçabilité permet de remonter aux initiateurs d'un délit (loi du 1<sup>er</sup> juillet 1998). Il appartient donc à chacun de se mettre en conformité.

# L'auriculothérapie en France, en 2010

Y. Rouxeville

## L'enseignement universitaire

Depuis 1987, l'acupuncture est reconnue par l'Ordre des médecins, et enseignée dans les Facultés de Médecine, sous forme d'un Diplôme interuniversitaire (DIU), donc dispensé au moins sur trois facultés, grâce à l'intervention du Pr Jean Bossy. Le Pr Bossy avait prévu, dès le départ, la possibilité d'enseigner certains Modules tels que l'auriculothérapie, la craniothérapie ou la diététique chinoise au sein de ce DIU.

L'évolution de la formation en acupuncture a abouti à la reconnaissance universitaire la plus élevée en termes de compétence et d'expertise professionnelle, la Capacité d'acupuncture qui est la suite logique, le DIU étant devenu une formation préparatoire.

## Faculté de Médecine de Nantes

Depuis 2005, l'auriculothérapie est enseignée sous forme d'un Module optionnel au sein du DIU d'acupuncture à l'université de Nantes<sup>1</sup>.

Le cahier des charges établi lors de sa création par le Pr Youenn Lajat (président du Conseil de coordination du DIU d'acupuncture) stipulait :

- ni plus ni moins de neurosciences en auriculothérapie que pour l'acupuncture ;
- présenter toutes les possibilités de diagnostic du point ;
- présenter toutes les possibilités de traitement du point ;
- permettre au médecin ainsi formé de pouvoir répondre aux demandes, dans les indications sans pièges.

Une attestation universitaire est remise aux étudiants ayant satisfait au contrôle de connaissances.

L'auriculothérapie se place ici comme complémentaire et intégrée aux autres soins.

---

1. Faculté de Médecine de Nantes, 1, rue Gaston Veil, F 44000 Nantes, [www.univ-nantes.fr](http://www.univ-nantes.fr).

## Faculté de Médecine de Bobigny (Paris XIII)

L'auriculothérapie est enseignée depuis la fin des années 1990 à Paris XIII (Bobigny) au sein du DUMENAT (Diplôme universitaire de médecines naturelles)<sup>2</sup>. La Faculté de Paris XI fait de même depuis 2008.

Ce diplôme d'Université est actuellement enseigné sur deux ans, à raison de neuf fois deux jours chaque année, dont plus de cent heures de neurosciences.

## L'enseignement au plan associatif

La référence historique est le Groupe Lyonnais d'Études Médicales (GLEM), fondé à Lyon par le Dr Paul Nogier il y a 45 ans<sup>3</sup>.

Depuis 2010, AASF organise en Bretagne des cours pour les médecins, sages-femmes et vétérinaires. Le programme de cours d'AASF est strictement identique au cursus universitaire nantais<sup>4</sup> : il privilégie la clinique et une pratique médicale.

Le Centre international pour l'étude de la statique (CIES), fondé par le Dr Bernard Bricot, a débuté en 2010 à Paris une formation d'auriculothérapie, réservée aux professionnels de Santé titulaires d'un diplôme d'État, avec le même programme qu'à Nantes<sup>5</sup>.

## F.A.FOR.ME.C.

Depuis 1987, cette fédération regroupe environ 900 médecins issus des 28 associations médicales d'acupuncture, avec des Journées très suivies chaque année fin novembre<sup>6</sup>.

La F.A.FOR.ME.C. s'occupe de la formation médicale continue en acupuncture pour les médecins. En 1988, une Commission d'auriculothérapie fut créée par Yves Rouxville. Des journées de consensus annuelles en auriculothérapie ont été réalisées depuis le 28 janvier 1999. Une enquête interne sur l'enseignement a été effectuée le 20 novembre 2001. Depuis 1995, Yunsan Méas est le directeur de cette Commission d'auriculothérapie.

---

2. DUMENAT, [www.dumenat.smbh.univ-paris13.fr/du/auriculo](http://www.dumenat.smbh.univ-paris13.fr/du/auriculo).

3. GLEM, 49, rue Mercière, 69002 Lyon.

4. AASF, Maison des associations, Place Roger Penvern, 56600 Lanester.

5. CIES., [ciesposturologie@free.fr](mailto:ciesposturologie@free.fr).

6. FAFORMEC, <http://www.acupuncture-medic.com>.

## SNMAF

Le Syndicat national des médecins acupuncteurs de France défend les intérêts matériels des médecins acupuncteurs<sup>7</sup>. Il comporte un Collège d'auriculothérapie, créé en 1996 par Yves Rouxville. Actuellement, le SNMAF dispose, en plus du CA, de quatre chargés de mission dont Yunsan Méas et Yves Rouxville.

En juin 2010, le SNMAF a organisé à Cassis un colloque interprofessionnel (avec les représentants de médecins, pharmaciens, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers et podologues), et une présence internationale.

## Revues avec de fréquentes publications en auriculothérapie

### Revues à comité de rédaction et/ou de lecture

*Acupuncture & Moxibustion*<sup>8</sup> est une belle revue fondée en 2002. Elle publie quatre numéros par an. La rubrique « Pratique en auriculothérapie » présente des exposés de synthèse, des cas cliniques et des bilans de recherche ou d'évaluation.

Les *Cahiers de Biothérapie*<sup>9</sup> ouvrent leurs colonnes à l'auriculothérapie depuis 1972. Depuis quelques années, les articles sont généralement thématiques avec présentation de cas cliniques.

La revue associative en ligne ICAMAR<sup>10</sup>, créée en 2010, est exclusivement consacrée à l'auriculothérapie et à l'auriculomédecine.

### Autres revues

La revue *Auriculomédecine* fondée par le Dr Paul Nogier, éditée chez Maisonneuve SA, ne paraît plus depuis 1984.

Les *Annales du GLEM* ont été créées par le Dr André Lentz en 1974. Par défini-

7. SNMAF, 79, rue de Tocqueville, 75017 Paris.

8. *Acupuncture & Moxibustion*, 172, rue Jean Jaurès, BP 17, 59255 Haveluy.

9. *Cahiers de Biothérapie*. Éditions Similia, 20, rue de la Libération, 69110 Sainte-Foy-lès-Lyon.

10. Revue en ligne ICAMAR. [www.icamar.org](http://www.icamar.org)



tion, elles sont réservées aux seuls membres de l'association qui ont tout le loisir d'y écrire.

## Groupes d'experts

Ces groupes d'experts entrent dans le cadre élitiste dit des « sociétés savantes » médicales. Ces sociétés savantes sont l'interlocuteur privilégié et reconnu des décideurs officiels : ministère de la Santé, Haute autorité de Santé (ANAES), Assurance maladie, Ordre des médecins, Conseil national de formation médicale continue, assureurs, journalistes, etc.

Ces groupes d'experts se définissent par deux critères :

- recrutement par cooptation, entre pairs ;
- recrutement sur travaux et sur publications.

Fonctionnant comme une commission autonome au sein de l'association ICAMAR, AuriculoMedicine and AuriculoTherapy Academy (AMATA) est un groupe d'experts fondé sur le modèle des sociétés savantes médicales. Des critères rigoureux sont exigés pour les publications destinées aux admissions, lesquelles sont limitées dans le temps.

Le Dr Yunsan Méas est le directeur d'AMATA ; le Dr Yves Rouxville en est le directeur adjoint.

# L'état de l'acupuncture en France et en Europe, en 2009<sup>1</sup>

Y. Rouxville, M. Fauré, P. Aubé

## Répartition dans le secteur public en France

Dans le cadre du SNMAF, le 14 octobre 2008, Michel Fauré et Yves Rouxville ont rencontré à Paris le Pr Yves Matillon (conseiller technique du Ministre de la Santé). Le Pr Matillon nous a dit considérer l'acupuncture (à la fois l'acupuncture classique et l'auriculothérapie) comme une thérapeutique. Cette opinion argumentée, émise par l'ancien directeur de l'ANAES, est un compliment adressé à tous ceux qui ont œuvré pour la reconnaissance au plus haut niveau ; en effet, nous étions classés parmi les « Approches thérapeutiques alternatives et complémentaires ».

En accord avec le ministère de la Santé, le SNMAF désire une politique de développement des consultations en secteur public (hôpitaux et dispensaires), pour :

- permettre l'accès aux soins par acupuncture sur tout le territoire aux personnes démunies ;
- servir de lieu de stage pour les étudiants (formation initiale) et les médecins déjà formés (FMC) ;
- servir de lieu destiné à favoriser les études et la recherche clinique.

Bien que la grande majorité des médecins acupuncteurs soient installés en secteur privé, il y a nécessité d'une large offre de soins en secteur public (les hôpitaux et les dispensaires).

Le Pr Matillon a souhaité qu'un recensement des consultations publiques soit effectué. Cette tâche a été facilitée grâce à la totale implication d'Alain Schmidt et de David Alimi. En début 2009, le total brut indique :

- pour l'acupuncture, 72 praticiens répartis en 59 sites ;
- pour l'auriculothérapie, 42 praticiens répartis sur 33 sites ;
- soit un total de 114 praticiens exerçant dans le secteur public.

La région parisienne comporte 16 acupuncteurs et 21 auriculothérapeutes en secteur public.

Il est logique de recenser un nombre significatif de consultations publiques

---

1. Enquête réalisée pour le SNMAF en 2009 et 2010, parue dans le n° du bulletin du SNMAF. Reproduit avec l'aimable autorisation du SNMAF.

d'auriculothérapie en des lieux proches des enseignements universitaires : 21 en région parisienne, 6 en « Bretagne historique » (la Bretagne plus la Loire-Atlantique).

Un nouveau recensement a été effectué en 2010 (tableau I). Il s'agit d'un reflet de la réalité, car de nombreux praticiens nous sont inconnus.

**Tableau I** – Les consultations publiques d'acupuncture en France, au 28 avril 2010.

Région	Département	Acupuncture	Auriculothérapie	Sages-femmes	Total
Alsace		8		12	20
Aquitaine		9	3		12
Bretagne		4	5	2	13
Île-de-France		18	21		39
Languedoc-Roussillon		8			8
Haute-Normandie	76	8		11	19
Pays de Loire	44	4	2		6
Total		78	43	27	148
		Médecins Acupuncteurs	Médecins auriculothérapeutes	Sages-femmes	

## Pratique au sein de la Communauté européenne

De fin juillet 2009 à mi-octobre 2009, le SNMAF a lancé une enquête pour recenser l'état de l'acupuncture et de l'auriculothérapie en Europe. Les conclusions de cette enquête ont été présentées à Lille le 28 novembre 2009.

Dix-huit pays ont répondu : Allemagne, Autriche, Belgique, Croatie, Danemark, Espagne, France, Hongrie, Italie, Portugal, Lituanie, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Suède, Suisse, Tunisie. Bien que la Croatie, la Suisse et la Tunisie ne soient pas membres de la Communauté européenne, leurs réponses ont été comptabilisées.

## Pratique légale de l'acupuncture

Elle est réservée aux médecins et au corps médical dans onze pays, dont la France. Au Royaume-Uni et en Suède, les physiothérapeutes sont également habilités ; c'est donc dans quatorze pays que la pratique légale de l'acupuncture est réservée au corps médical et aux auxiliaires médicaux. Il n'y a pas de loi en Autriche, en Espagne ni au Portugal. Depuis le III<sup>e</sup> Reich, l'Allemagne permet cet exercice aux *Heilpraktikers* (praticiens de libre pratique).

Dans sept pays, dont la France, des poursuites envers les illégaux sont théoriquement possibles.

## Intégration de l'auriculothérapie

La France est le seul pays où il existe une formation universitaire spécifique (Paris XI, Paris XIII) et une formation universitaire intégrée à la Capacité d'acupuncture (Nantes) coexistant avec une formation associative privée (GLEM à Lyon et à Paris, Auriculo. Sans Frontières en Bretagne).

L'auriculothérapie, spécificité bien française, peut se décliner soit comme une discipline à part, soit comme faisant partie de « l'acupuncture au sens large », exceptionnellement intégrée au sein de la médecine traditionnelle chinoise !

## Formation universitaire en acupuncture

Elle existe dans huit pays, dont la France ; elle débute dans deux autres pays. En République tchèque, c'est un enseignement post-universitaire. Dans douze pays, elle est privée (associative). Dans onze pays, une formation universitaire est plus ou moins présente.

## Consultations publiques d'acupuncture

Elles existent dans huit pays, dont la France. Elles sont rares dans sept autres pays. L'existence plus ou moins importante doit être tempérée par la taille du pays : trois consultations dans un petit pays paraît beaucoup ; trois consultations dans un grand pays paraît bien peu !

## **Consultations publiques d'auriculothérapie**

Des consultations publiques d'auriculothérapie existent dans six pays, dont la France. Elles sont signalées dans deux pays : elles sont associées à l'acupuncture dans trois autres pays.

## **Remboursement des soins par acupuncture**

Une grande disparité existe en fonction de la législation particulière de chaque pays. Il intervient dans six pays, dont la France ; il est possible sous conditions dans deux autres pays, et remboursable par des mutuelles dans trois autres pays.

# Intérêt de l'auriculothérapie dans une clinique de la Sécurité sociale, à Bizerte (Tunisie)<sup>1</sup>

N. Ezzeddine, H. Chaari, M. Ben M'na, Th. Dhaouadi, M.A. Farah,  
D. Trabelsi, Y. Rouxville

L'intérêt de l'auriculothérapie dans une clinique de la Sécurité sociale (Bizerte, Tunisie) a été essentiellement basé sur une enquête descriptive prospective portant sur des patients ayant consulté à l'Unité d'acupuncture de la clinique durant quatre mois (la période s'étendant du 1<sup>er</sup> décembre 2005 au 31 mars 2006).

Cette étude est basée sur les procédés d'enquête classiques : évaluation de la douleur de type échelle visuelle analogique (EVA) enseignée aux patients douloureux, évolution des symptômes pour les autres pathologies.

## Résultats

- Âge des patients : 3/4 ont plus de 40 ans.
- Sexe : 80 % de femmes.
- 111 patients ont été vus à la consultation.
- 89 ont suivi régulièrement leurs séances d'auriculothérapie.
- 22 n'ont pas été revus.

## Principaux motifs de consultation

- Cervicalgies et douleurs cervico-brachiales : 39 (43,8 %).
- Lombalgies : 29 (32,6 %).

---

1. Présenté au V<sup>e</sup> Symposium international d'auriculothérapie et d'auriculomédecine Lyon, 2006. Reproduit avec l'aimable autorisation du Dr N. Ezzeddine.

- Gonalgies : 24 (27 %).
- Sciaticques : 20 (22,5 %).
- Douleurs de l'épaule : 11 (12,36 %).
- Céphalées et migraines : 10 (11,2 %).
- Quelques cas de : douleurs post-zostériennes, obésité, sevrage tabagique et HTA.

Le nombre de motifs de consultation pour nos patients est de un à cinq, avec une moyenne de deux par consultant.

## Ancienneté des symptômes

- Moins d'un mois : 14,6 %.
- Un à six mois : 13,5 %.
- Six mois à un an : 12,5 %.
- Un à cinq ans : 23 %.
- Cinq à dix ans : 23 %.
- Plus de dix ans : 5,2 %

Chez la plupart de nos patients, les traitements médicamenteux utilisés avant l'enquête étaient des antalgiques, des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des myorelaxants, des anxiolytiques ou des antidépresseurs.

## Résultats de l'auriculothérapie

- Bons : 90,2 % (entre 2 et 4 séances pour  $\frac{3}{4}$  des patients).
- Moyens : 5,4 %.
- Nuls : 4,4 %.

Les non revus regroupent le quart des patients. Les trois quarts des non revus ont quitté l'enquête après la 1<sup>re</sup> ou 2<sup>e</sup> séance.

## Utilité de l'auriculothérapie

La preuve est faite de l'utilité de l'auriculothérapie au sein de l'Unité d'Acupuncture de notre Clinique.

Cette preuve confortera à la fois :

- les médecins dans leur pratique quotidienne ;
- les patients pour qui l'Auriculothérapie était une discipline médicale nouvelle, méconnue jusqu'à notre enquête, et dont ils viennent de découvrir tous les bienfaits, matérialisés par les résultats de l'enquête ;
- les responsables de la Sécurité Sociale, dans une optique d'économie de Santé.

# L'association Auriculo. Sans Frontières<sup>1</sup>

Y. Rouxeville

## Notre fondation

L'Association acupuncture auriculaire sans frontières (AASF), dite en terminologie usuelle abrégée « Auriculo. Sans Frontières » et en langue anglaise « Worldwide Auricular Acupuncture Organization » (WAAO), a été fondée le 18 novembre 2000 à Brno (République tchèque).

Elle a pour but de « *favoriser la promotion et le développement de l'acupuncture auriculaire (ou auriculothérapie) au plan mondial, tout particulièrement dans les pays à faible pouvoir économique* » (Art. 2 des statuts).

Les statuts précisent également que « *l'auriculothérapie est une technique médicale qui s'inscrit dans l'acupuncture contemporaine et les réflexothérapies. La médecine actuelle permet de l'expliquer. Elle a été découverte et développée par le Dr Paul Nogier (1908-1996), de Lyon* ».

L'association a été fondée à la suite des déplacements pour diverses formations faites par Yves Rouxeville en République tchèque (depuis 1993), en Tunisie (depuis 1996), des missions qu'il a réalisées en Ouzbékistan (en 1996 pour l'Ambassade de France à Tachkent) et en Slovaquie (en 1999 et en 2003 pour l'Ambassade de France à Bratislava).

Notre charte précise que AASF-WAAO, *organisation médicale à but humanitaire totalement indépendante de toute obédience politique, religieuse ou philosophique, se garde de toute ingérence<sup>2</sup> à l'égard des pays receveurs.*

Auriculo. Sans Frontières est membre de la F.A.FOR.ME.C. (Fédération des Acupuncteurs pour leur Formation Médicale Continue) et de l'ICMART (International Council of Medical Acupuncture and Related Techniques).

---

1. AASF. Maison des Associations, Place Roger Penvern. 56000 Lanester. [www.aasf.auriculo.fr](http://www.aasf.auriculo.fr)

2. Sur le devoir d'ingérence, lire : Péan P (2009) Le monde selon K. Librairie Arthème Fayard, Paris.



## Quels sont ses membres ?

### Huit membres d'honneur

Ce sont les Pr Y. Lajat, P. Magnin, P. Rabischong et Kh. Zeghal, ainsi que les Présidents des médecins acupuncteurs hongrois, slovaques et tchèques, M. Guy Mazars<sup>3</sup>, sans oublier le Dr J.-F. Borsarello (†) et le Pr J. Bossy (†).

### Quelques membres actifs

AASF, association de moyens, est volontairement restrictive en nombre d'adhérents. Douze Français, douze étrangers dont six Tunisiens ; un membre associé (le GLEM). Ses membres sont recrutés par cooptation avec un double parrainage.

Les professionnels de Santé qui bénéficient de nos prestations sont de simples membres stagiaires.

## Quelles sont nos principales activités réalisées ?

Depuis 2000, nos médecins experts ont effectué des formations en auriculothérapie et/ou auriculomédecine. À l'étranger en Hongrie, au Maroc, au Portugal, en République tchèque, en Slovaquie et en Tunisie ; en France, à Bordeaux, en Normandie, à Clermont-Ferrand et à Toulouse.

Nous apportons notre soutien actif et notre aide financière pour que se réalisent au mieux le CEC de Sfax (certificat d'études complémentaires, équivalent d'un DIU, diplôme interuniversitaire), comme les cours à l'université de Médecine traditionnelle tibétaine de Sarnath (près de Bénarès, en Inde).

Depuis 2006, les cours en auriculothérapie faits par nos médecins experts en France ou à l'étranger sont calqués sur le programme d'enseignement du Module d'auriculothérapie au DIU d'acupuncture à Nantes. Il y a dix ans, la Commission d'auriculothérapie de la F.A.FOR.ME.C avait déjà initié une tentative de standardisation des cours<sup>4</sup> !

Avec notre soutien, des confrères se sont rendus au Cambodge, en Équateur,

---

3. Membre de l'Académie des Sciences de Lyon.

4. Enquête interne du 20 novembre 2001.

en Inde, ainsi qu'à Madagascar, pour effectuer des soins auprès des populations, initier des médecins locaux, voire fournir du matériel spécifique à notre discipline. Nous avons aussi fourni des livres spécifiques à un médecin de la République du Congo-Brazzaville.

Des subventions exceptionnelles du conseil régional de Bretagne et du conseil général du Morbihan ont permis l'achat de matériel français livré aux médecins tchèques, slovaques et hongrois pour le 1<sup>er</sup> mai 2004, date d'adhésion officielle de leurs pays à la Communauté européenne.

## **Bibliothèques**

Une bibliothèque a été créée en 2006. En 2009, la donation Maisonneuve a permis d'en faire une bibliothèque de référence, commune avec l'association FMC.R.DAO. Nous avons pu également créer un fond de bibliothèque pour la Faculté de Médecine de Sfax et l'université de Médecine traditionnelle tibétaine à Sarnath (près de Bénarès, en Inde).

## **Cours d'auriculothérapie**

Depuis 2010, nous organisons des cours d'auriculothérapie en Bretagne, destinés aux seuls professionnels de Santé. En mai 2010, le conseil général du Morbihan nous a accordé une subvention exceptionnelle permettant de financer sans crainte nos activités.

Dans nos formations, nous évitons tout clientélisme et toute rétention d'information.

## **Pour résumer**

AASF, petite structure réactive et autonome, sans esprit messianique, réalise des actions d'envergure coordonnées, à sa portée.

# L'auriculothérapie au centre hospitalier universitaire de Nantes<sup>1,2</sup>

Y. Méas et Y. Rouxville

## Évaluation et traitement de la douleur (Yunsan Méas)

Pour les soins aux malades, l'auriculothérapie a été pratiquée sur les malades du CETD (CHU de Nantes) depuis 1992, par Yunsan Méas (alors praticien attaché des hôpitaux, actuellement praticien hospitalier), à la demande du Pr Youenn Lajat, neurochirurgien, chef de service.

Ce service d'évaluation et traitement de la douleur dispose d'ailleurs du label « référent national de la Société française d'évaluation et traitement de la douleur, SFETD ».

L'auriculothérapie est également pratiquée, lors de consultations de médecine du sport, de médecine manuelle-ostéopathie, de posturologie, en rééducation fonctionnelle et plus récemment chez les malades hospitalisés dans les services de soins palliatifs.

## Analgésie réflexe chirurgicale (Yunsan Méas)

Avec quelques collègues, Yunsan Méas a participé à la mise en place de sondes intracrâniennes sous stéréotaxie chez des parkinsoniens, avec le Pr Jean-Paul Nguyen, neurochirurgien, nouveau chef de service.

Le pavillon de l'oreille se trouvant dans le champ opératoire, il ne peut être utilisé ; nous pratiquons l'acupuncture corporelle classique sur les membres.

On peut ainsi juger de la bonne position de l'électrode chez des malades sevrés de médicaments : ils sont conscients et peuvent parler ou bouger la main, à la demande du chirurgien.

---

1. Symposium international d'auriculothérapie et d'auriculomédecine (2009) à Bologne.

2. Annales du GLEM 209, p. 76-82. Reproduit avec l'aimable autorisation des Annales du GLEM.

Six cas réalisés ont fait l'objet d'une communication orale lors du congrès de neurochirurgie.

La preuve de l'efficacité a été démontrée par l'utilisation d'échelle d'évaluation de la douleur, Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) et échelle visuelle numérique (EVN) avant, pendant, après l'intervention ; les résultats ont été plus qu'encourageants.

Désormais les patients supposés « difficiles » se voient proposer l'aide par auriculo-acupuncture.

## Vérifications avec le PET-Scan (Yunsan Méas)

Yunsan Méas a pu effectuer quelques vérifications avec le PET-Scan, montrant qu'à la suite de stimulation corporelle, de nombreuses zones s'allument et non pas une seule.

Ce qui laisse entendre que la douleur est une interprétation bien plus complexe qu'un simple point, car plusieurs mécanismes complexes tels que la mémoire, le vécu, etc. rentrent en jeu.

Grâce au PET-Scan nous savons désormais que ce n'est pas la zone de réception de la douleur qu'il faut stimuler mais bien la zone prémotrice du cerveau pour modifier et diminuer la sensation de la douleur.

## Enseignement de l'auriculothérapie (Yves Rouxville)

Depuis 2005, l'auriculothérapie est enseignée huit jours par an, dans le cadre du DIU puis de la Capacité d'acupuncture, à l'université de Nantes (coordonnateur : Bernard Maire).

Yves Rouxville est le responsable de cet enseignement optionnel en formation initiale.

Le cahier des charges imposait quatre obligations :

- une absence de dichotomie entre l'acupuncture et l'auriculothérapie ;
- une présentation de tous les procédés de diagnostic du point d'auriculothérapie (y compris le pouls, le RAC) ;
- une présentation de tous les procédés de traitement du point d'auriculothérapie ;

- après ces présentations en formation initiale, les perfectionnements peuvent se faire par les associations (par exemple Auriculo. Sans Frontières) et la formation continue.

Plusieurs promotions se sont succédé :

- promotion Paul Nogier en 2005-2006 ;
- promotion Guy Dassonville en 2006-2007 ;
- promotion Jean Bossy en 2007-2008 ;
- promotion Pierre Rabischong en 2009-2010.

## **Contrôle du diagnostic des points d'oreille : le RAC-VAS face au détecteur électrique**

**(Yves Rouxeville)**

Dans l'équipe de Nantes, Yves Rouxeville est chargé de :

- l'évaluation du RAC-VAS (pouls dit de Nogier) ;
- comparer les possibilités du RAC-VAS face au détecteur électrique.

## **Publications spécifiques (Yves Rouxeville)**

L'activité d'un CHU comporte trois impératifs : les soins, l'enseignement, la recherche.

Le corollaire est de publier !

Au sein de l'équipe de Nantes, Yves Rouxeville a le rôle moteur pour les publications :

- dans la revue Acupuncture et Moxibustion ;
- dans la direction pour la réalisation d'un livre paru chez Springer-Verlag France.

## **Pour nous, l'auriculothérapie est de l'acupuncture**

Nous considérons que la théorie, la pratique et l'enseignement de l'auriculothérapie sont une forme particulière de l'acupuncture, appelée acupuncture auriculaire.

Ne faisant pas de l'auriculothérapie une nouvelle thérapie, refusant de séparer l'acupuncture de l'auriculothérapie, des portes nous sont ainsi ouvertes !

Nous considérons que le RAC-VAS (pouls dit de Nogier) est une partie de l'auriculothérapie : c'est un procédé d'examen et de diagnostic à l'oreille, comme nous pouvons utiliser la douleur ressentie par le malade au palpeur à pression

## **Étude nouvelle de satisfaction auprès des malades (Yunsan Méas)**

Patients hospitalisés pendant une à deux semaines au CETD du CHU de Nantes, de novembre 2006 à 2008 et ayant un suivi de trois mois.

### **Pathologies**

Lombalgies avec ou sans sciatalgie (opérées ou non), douleurs diffuses (fibromyalgiques ou non), douleurs neurogènes (périphériques ou centrales), syndromes douloureux régionaux complexes, céphalées chroniques avec étude croisée ouverte avec les différents centres d'évaluation et traitement de la douleur.

### **Critère d'exclusion**

Refus d'adhérer à la prise en charge pluridisciplinaire.

### **Inclus**

72 patients (32 hommes et 40 femmes) de 21 à 77 ans (moyenne 50,4 ans).

En majorité, des troubles musculo-squelettiques dans un contexte socioprofessionnel, avec un retentissement psychologique et social complexe.

## Critères d'évaluation

Pour évaluer la douleur, nous avons utilisé différents outils lors de l'inclusion, à l'entrée dans le service, à la sortie du service et à 3 mois :

- l'échelle visuelle analogique (EVA) de 10 cm ;
- le questionnaire Mc Gill Pain dans sa version française (Boureau, 1992) ;
- le questionnaire CSQ (*coping strategies questionnaire*). Le coping désigne l'ensemble des processus cognitifs et comportementaux que la personne interpose entre elle et l'événement ;
- le questionnaire HAD (*Hospital Anxiety and Depression scale*, ou échelle d'Hamilton).

## Mesures cliniques

- La distance doigt-sol (DDS) évalue la tension de la chaîne postérieure du sujet.
- Le test de Sorensen évalue l'endurance des muscles extenseurs du rachis lombaire.
- Le test de Shirado évalue l'endurance des muscles abdominaux.

## Statistique

Nous avons utilisé le test de Wilcoxon en comparant les différences observées entre l'entrée, la sortie de l'hôpital et à trois mois.

## Résultats globaux sur l'ensemble des 72 patients (tableau I)

L'étude a montré :

- une diminution de la douleur de 27,3 % (fig. 1) ;
- une diminution du retentissement fonctionnel de 21,4 % (fig. 2) ;
- une amélioration de la qualité du sommeil de 27,5 % entre l'entrée et la sortie et de 16 % de l'entrée à 3 mois (fig. 3)  
( $p < 0,0001$  pour les trois, figs. 1, 2 et 3) ;
- une diminution du QCM score (traitements médicamenteux) de 13,8 % ( $p < 0,004$ ) entre l'entrée et la sortie et de 15 % de l'entrée à trois mois (fig. 4) ;
- une diminution de l'HAD de 6,8 % ( $p < 0,3$ ) pour la dépression et de 4 % pour l'anxiété ( $p < 0,4$ ) (fig. 5).

L'efficacité de la prise en charge peut se traduire aussi par la diminution de la prise médicamenteuse.

Tableau I – Bilan total de l’étude.

Résultats de la prise en charge des patients hospitalisés au CETD	PRÉ ADMISSION	ENTREE	SORTIE	À 3 MOIS
Nombre de patients	52	72	72	52
ÉVALUATION THÉRAPEUTIQUE				
QCM SCORE (moyenne et écart type)	26,73 ± 17,4	26,2 ± 16,25	22,6 ± 12	22,3 ± 13,2
Traitements par morphinique (nombre de patients)		17	11	12
ÉVALUATION DE LA DOULEUR				
Échelle numérique de la douleur (moyenne sur 10)	7,38 ± 1,76	7,17 ± 1,7	5,21 ± -2,01	5,87 ± -2,23
ÉVALUATION DU RETENTISSEMENT FONCTIONNEL				
Échelle numérique du retentissement fonctionnel (moyenne/10)	7,4 ± 1,8	6,81 ± 1,8	5,35 ± 2	5,9 ± 2,24
ÉVALUATION DE L'ÉTAT PSYCHOLOGIQUE				
Échelle numérique du sommeil (moyenne/10)	6,8 ± 2,9	5,12 ± 2,6	3,7 ± 2,3	4,3 ± 3,1
HAD items de l'anxiété (moyenne/21)	10,9 ± 3,8	9,9 ± 4,4		9,5 ± 4,1
HAD items de la dépression (moyenne/21)	10,7 ± 4,3	8,8 ± 4,5		8,3 ± 3,6

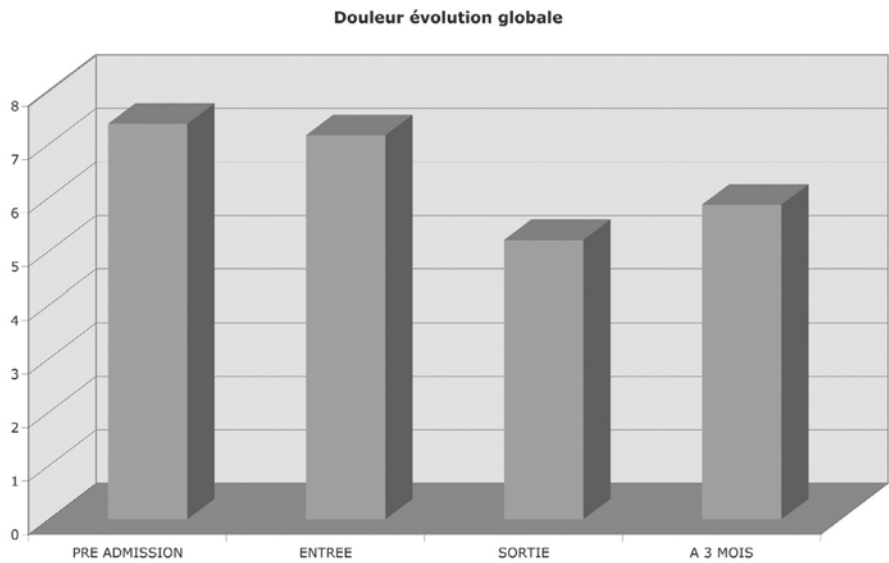
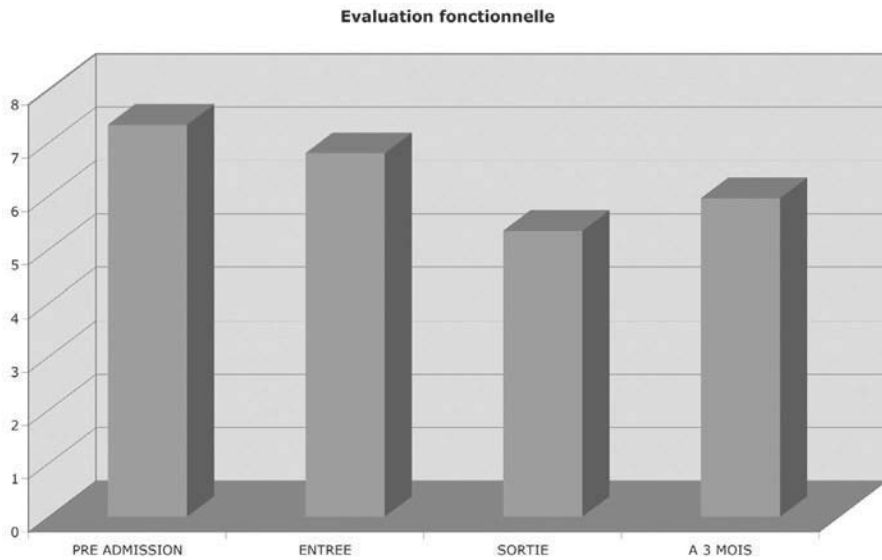
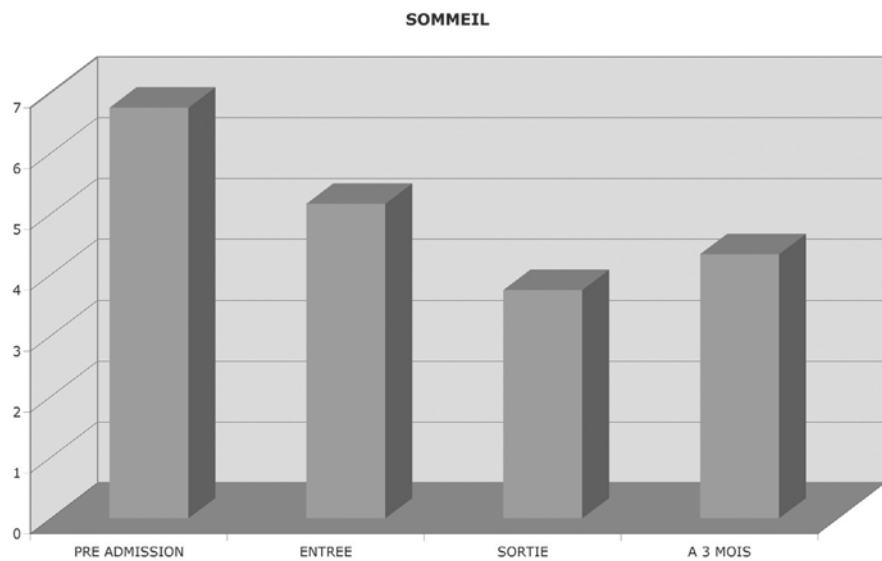


Fig. 1 – Variation de l’EVA aux quatre visites d’évaluation.





**Fig. 2** – Variation de l'échelle numérique fonctionnelle aux quatre visites d'évaluation.



**Fig. 3** – Évolution de la qualité du sommeil aux quatre visites d'évaluation.

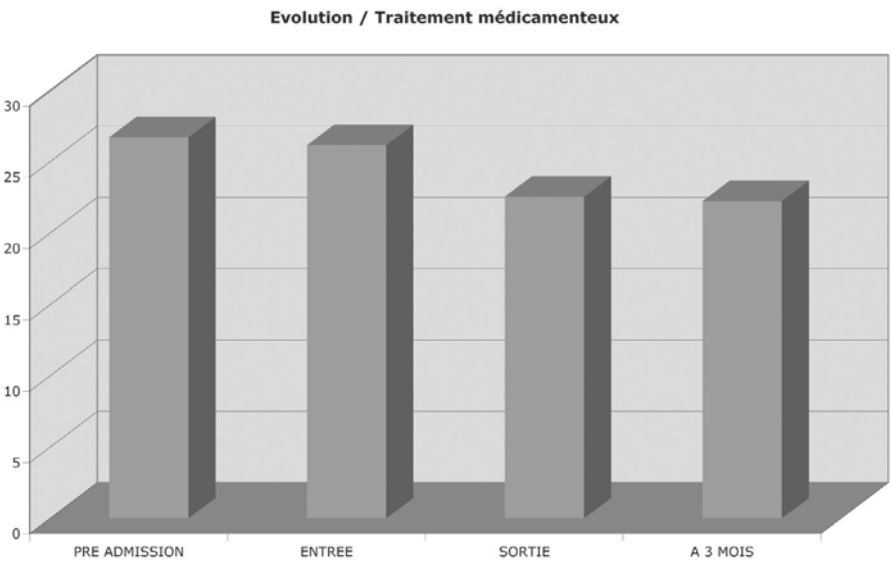


Fig. 4 – Variation des scores QCM aux quatre visites d'évaluation.

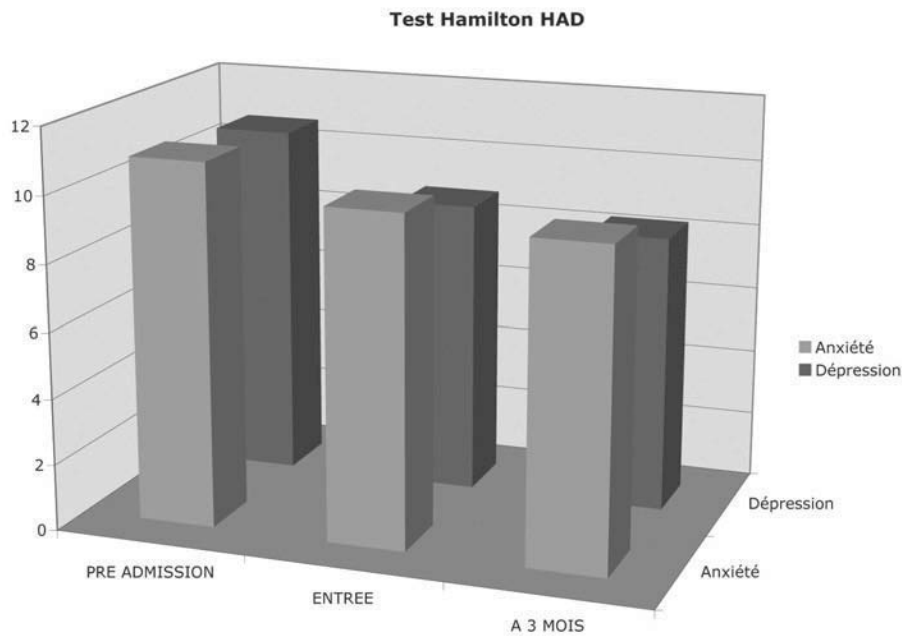


Fig. 5 – Évolution du test d'Hamilton (HAD) aux quatre visites d'évaluation.

- À la sortie, 35,3 % des patients qui consommaient des antalgiques de palier III étaient sevrés.
- À trois mois, un seul de ces patients avait repris un traitement morphinique et 27,3 % de ceux qui consommaient des benzodiazépines ou des hypnotiques avaient arrêté ces thérapeutiques à la sortie.

## Discussion

Nos résultats recoupent ceux de nombre de publications, où la dimension algique baisse moins vite que la composante fonctionnelle.

Dans notre étude, les thérapeutiques complémentaires et surtout l'auriculothérapie ont contribué à l'amélioration de la prise en charge.

Elles ont permis une approche cognitive mais aussi, par leur aspect physique, de « libérer » le corps du patient douloureux et de lui permettre de s'exprimer.

Elles ont été très appréciées des patients, beaucoup ayant demandé des noms de correspondants pour continuer ce traitement à leur sortie de l'hôpital.

## Conclusions

L'étude a montré :

- diminution de la douleur :  $-27,3\%$  ( $p < 0,0001$ ) ;
- diminution du retentissement fonctionnel :  $-21,4\%$  ( $p < 0,0001$ ) ;
- amélioration de la qualité du sommeil :  $-27,5\%$  ( $p < 0,0001$ ) ;
- diminution du QCM score :  $-13,8\%$  ( $p < 0,004$ ) ;
- diminution de l'HAD :
  - pour la dépression  $-6,8\%$  ( $p < 0,3$ ) ;
  - pour l'anxiété  $-4\%$  ( $p < 0,372$ ).

L'auriculothérapie permet une approche complémentaire à la prise en charge de la douleur.

L'auriculothérapie améliore le lien nécessaire entre thérapeutes et patients douloureux, permet à ces derniers de ne plus se soumettre à la douleur mais de la gérer.

L'auriculothérapie s'inscrit, à côté des traitements classiques, dans une pratique d'équipe ayant un même objectif.

L'auriculothérapie mérite d'être proposée dans le cadre de l'approche pluridisciplinaire des centres d'évaluation et traitement de la douleur, d'autant plus que le sujet est demandeur et présente une tolérance médiocre aux thérapeutiques médicamenteuses habituelles.

## L'auriculothérapie au centre hospitalier universitaire de Nantes ?

Seulement une équipe, mais aussi du travail ! Yunsan Méas et Yves Rouxville sont complémentaires et forment une équipe soudée, se répartissant les rôles, comme précisé plus haut. Tous deux ont été des élèves directs du Dr Paul Nogier, dans les années 1980, à Lyon.

Tous deux ont également une formation en acupuncture traditionnelle, en médecine du sport et en médecine manuelle.

### Références

1. Méas Y, Lajat Y, Nizard J (2000) Apport de l'auriculo-acupuncture dans le traitement de la douleur. Évaluation au centre antidouleur de Nantes. III<sup>e</sup> International d'auriculothérapie et d'auriculomédecine. Lyon, France
2. Méas Y, Rouxville Y, Prat-Pradal D, Lajat Y (2003) Apport de l'auriculothérapie, de l'auriculo-médecine et de l'acupuncture (thérapies alternatives et complémentaires) dans la prise en charge de la douleur. Actes d'Alba. Sauramps médical. Montpellier
3. Rouxville Y, Méas Y, Bossy J (2007) Auriculothérapie, Acupuncture auriculaire. Springer-Verlag France, Paris
4. Rouxville Y, Méas Y (2007) Le point auriculaire. Acupuncture et Moxibustion 6: 60-2
5. Rouxville Y, Méas Y (2007) Divers types de points auriculaires. Acupuncture et Moxibustion 6 : 240-3
6. Rouxville Y, Méas Y (2007) L'auriculothérapie en France. Le pôle de Nantes. Acupuncture et Moxibustion 6 : 347-50
7. Rouxville Y, Méas Y (2008) Auriculothérapie : le RAC-VAS, contrôle de sa mise en évidence. Acupuncture et Moxibustion 7 : 239-43

# Le CEC d'auriculothérapie à Sfax (Tunisie)<sup>1</sup>

Y. Rouxeville

La Société tunisienne des biothérapies (SOTUBIO) s'efforce de faire connaître les techniques alternatives ou complémentaires auprès des médecins, pharmaciens et dentistes, en Tunisie. C'est ainsi que l'auriculothérapie y est enseignée depuis 1996, avec le soutien du Dr M. Ali Farah, président de la SOTUBIO, et vice-président d'Auriculo. Sans Frontières (AASF).

Les résultats obtenus, s'associant à des rapports bénéfice/coût et bénéfice/risques très largement en notre faveur, ont permis au Dr Dalila Trabelsi (vice-présidente de la SOTUBIO, et secrétaire adjointe de AASF) de gagner l'écoute bienveillante puis la confiance du Pr Khaled Zeghal, doyen de la Faculté de Médecine de Sfax.

Les 21 et 22 novembre 2009, une conférence de Yunsan Méas et Yves Rouxeville réunit 85 médecins à la Faculté de Médecine de Sfax.

Les 13 et 14 février 2010, 25 médecins suivaient à la Faculté de Médecine de Sfax une formation élémentaire effectuée par Yves Rouxeville, épaulé par trois répétiteurs tunisiens.

Pour l'année universitaire 2010-2011, la Faculté de Médecine de Sfax organise sept Mastères Professionnels et neuf Certificats d'études complémentaires (CEC). Les CEC sont l'équivalent des DIU en France. Ils sont reconnus par l'Ordre des médecins de Tunisie. Parmi les CEC dispensés à Sfax, figure désormais le CEC d'auriculothérapie.

Les 20 et 21 novembre 2010, le Pr Youenn Lajat, le Dr Yunsan Méas et le Dr Yves Rouxeville se sont déplacés à Sfax. En effet, le CEC d'auriculothérapie de Sfax est parrainé par le Module d'auriculothérapie de Nantes.

Pour débiter le CEC d'auriculothérapie à Sfax, huit professeurs de médecine ont présenté sur deux jours des généralités, nouveautés et rappels en physiologie et physiopathologie (mises à jour de connaissances). Cette formation nécessaire et suffisante permet au médecin de comprendre que l'auriculothérapie est bien une thérapeutique complémentaire et intégrée à son arsenal diagnostique et thérapeutique.

Le programme des quatre unités de valeur suivantes sera strictement celui du Module optionnel au sein du DIU d'acupuncture à Nantes. Dès cette année, les étudiants pourront assister à des consultations d'Auriculo. En partenariat avec la Faculté de Médecine de Sfax, l'association tunisienne de formation médicale SOTUBIO se chargera des formations de perfectionnement.

---

1. Faculté de Médecine de Sfax, [www.fmsf.rnu.tn](http://www.fmsf.rnu.tn).

Pour aider la Faculté de Médecine de Sfax à réussir ce challenge, une chaîne de solidarité s'est créée :

- la Faculté de Médecine de Nantes prête ses enseignants (Yunsan Méas et Yves Rouxville) ;
- l'association Auriculo. Sans Frontières finance les voyages des experts intervenant, et contribue à créer un précieux fond de bibliothèque.

Progressivement, des médecins tunisiens seront cooptés pour soutenir les enseignants nantais.

Dès 2011, le Dr Dalila Trabelsi, le Dr Nabil Ezzeddine et le Dr Samy Ghattas se sont inscrits dans une démarche d'évaluation par études multicentriques.



Fig. 1 – Le Pr Youenn Lajat remercie le doyen Khaled Zeghal.



Fig. 2 – Les enseignants et les étudiants de la promotion du Pr Youenn Lajat.

**TROISIÈME PARTIE**

**L'AURICULOTHÉRAPIE**



Quatre ans après la parution du livre *Auriculothérapie. Acupuncture auriculaire*, c'est le complément demandé par les lecteurs de cet ouvrage.

L'auriculothérapie est une médecine de correspondance en accord avec la physiologie : un point signifie telle chose.

- Au pavillon de l'oreille, le point réflexe présente des similitudes et des différences par rapport au point d'acupuncture somatique.
- En particulier, la pression sur le point d'oreille correspondant à un organe du corps est douloureuse lorsque cet organe souffre.
- Les points d'oreille, représentant les organes du corps (et non pas le cerveau), ne représentent pas la zone cérébrale de réception de la douleur. Ils peuvent avoir un caractère plurifocal.
- Les tragus représentent les lignes sagittales médianes du corps.
- La détection clinique des points d'oreille est contrôlée par la détection électrique différentielle, laquelle indique des variations ponctuelles de l'impédance.
- Il est indispensable de bien étudier la détection électrique. Les variations d'impédance pourraient correspondre à une traduction de l'état du système nerveux périphérique.
- Pour terminer, deux observations enseignantes sont présentées.

# Auriculothérapie : le point auriculaire<sup>1</sup>

Y. Rouxville et Y. Méas

Les organes du corps sont représentés dans des zones du pavillon auriculaire. Ces zones sont analysées. Au sein de cette zone, on traitera le point (ou les points) reconnu anormal ou pathologique. Pour la détection, le seul terme à retenir est : le contraste avec l'environnement.

## Étude anatomo-histologique du point d'acupuncture

Sous l'égide de Pierre Rabischong, René Sélénar, Odile Auziech et Claudie Terral ont réalisé des études à l'Unité 106 de l'INSERM, à Montpellier. Ils ont montré qu'anatomiquement, le point existe.

Le derme est fait d'un tissu conjonctif comportant de nombreuses fibres collagènes dont la densité explique la résistance de la peau au passage du courant électrique. Une zone centrale d'environ 1 mm<sup>2</sup> présente une résistance minimale.

Généralement, le point est un complexe neurovasculaire comportant artériole, filets nerveux, veinule et fente lymphatique. On y trouve des fibres amyéliniques (véhiculant principalement les signaux de la douleur) et des fibres myélinisées (la gaine de myéline permettant un transfert plus rapide du signal nerveux). L'artériole et les terminaisons nerveuses sont quasiment au contact.

Pour les points auriculaires, les vaisseaux sanguins sont plus mêlés aux fibres nerveuses myélinisées que pour les points du corps. Souvent, au niveau du point d'oreille, il y a un vaisseau qui passe entre les deux faces de l'oreille (1).

Les complexes neurovasculaires (CNV) sont nommés « points de Sélénar » ; ils n'existent pas pour tous les points d'acupuncture ou d'auriculothérapie.

La réalité du CNV comme structure du point d'acupuncture est discutée par ailleurs (2, 3). Une revue bibliographique a montré en l'état actuel l'absence établie d'un substratum histologique du point d'acupuncture somatique ou auriculaire.

---

1. Paru en 2007 dans *Acupuncture & Moxibustion*, vol. 6, n° 1, p. 60-62. Reproduit avec l'aimable autorisation de la revue *Acupuncture & Moxibustion*.

Le point d'acupuncture serait en fait un point de clivage du tissu conjonctif (3). On n'a pas noté d'autre part, à ce jour, de différence significative entre le point d'acupuncture somatique et le point d'acupuncture auriculaire.

## Détection reconnue par le sujet

### Points douloureux chez les algiques

Jean Daniaud (la stimulothérapie) (4), Henri Jarricot (les dermalgies réflexes) (5), Paul Nogier (le point douloureux à l'oreille) (6) et Patrick Sautreuil (les douleurs des moignons chez les amputés) (7) ont tous insisté sur la recherche des points douloureux, les uns sur le corps, les autres à l'oreille, pour traiter les malades douloureux.

La peau est un indicateur, un miroir viscéral. Il en est de même sur le corps et à l'oreille.

Un point auriculaire douloureux à la pression apparaît après toute inflammation périphérique. La recherche se fera par une pression comparable dans les divers endroits. Cette pression peut être manuelle (les doigts de l'examineur) ou instrumentale (un stylet métallique d'1 mm<sup>2</sup> de section).

Une pression à 250 g/mm<sup>2</sup> est douloureuse si elle est exercée sur un point correspondant à une douleur périphérique ; c'est le fameux signe de la grimace (8). La découverte d'un point baro-sensible est un signe d'anomalie vraisemblable de l'organe correspondant ; elle ne signifie pas pour autant que l'organe décrit à cet endroit par les cartographies soit pathologique. Ceci est à apprécier dans le contexte de l'examen clinique (5, 6, 8).

### Le point douloureux est contemporain de l'affection

Johan Nguyen a rapporté que dans l'appendicite, le point apparaît en 2 à 24 heures après le début des symptômes (en moyenne 12 heures). Le point douloureux disparaît quand la douleur disparaît. Chez les malades chroniques, on pourra trouver en période aiguë des points différents de ceux notés en dehors des poussées inflammatoires (9).

## Le point insensible, chez les douloureux chroniques

Dans ce type de pathologie, nous n'observons plus les mêmes phénomènes que chez les malades aigus. Tout se passe comme si les récepteurs et les circuits étaient saturés. On recherchera les points insensibles à une forte pression (400 g/mm<sup>2</sup>) (10).

## Détection reconnue par l'examineur

Le toucher de l'oreille (ou du corps) d'un sujet ne produit aucun phénomène visible. En revanche, si l'on analyse le pouls de ce sujet auquel on touche l'oreille, on ressent qu'il paraît plus fort, plus ample, comme si la paroi de l'artère se dilatait.

C'est le phénomène RAC (Réaction Autonome Circulatoire), également dit VAS en anglais. La recherche se fait de façon préférentielle sur l'artère radiale du sujet examiné. L'observation portera sur deux points essentiels : la sensation de variation d'amplitude de l'artère, le nombre de pulsations où l'on observe cette variation.

La recherche du RAC se fait généralement à l'aide du pouce ; elle peut se faire à deux doigts. Les stimulations pouvant déclencher le RAC sont multiples : pressions manuelles ou calibrées sur le corps ou à l'oreille, projections électromagnétiques sur la peau (lumière, lumière colorée, lumières rythmées) (10).

Le RAC est un phénomène surajouté au pouls et d'une autre nature. Ressenti comme une brève augmentation de l'amplitude du pouls radial, il survient aussitôt après la stimulation d'un sujet. Ce phénomène fugace est compris comme une réaction d'adaptation contemporaine de son analyse, de son décodage et du traitement de cette information par les centres supérieurs.

Une importante difficulté de cette recherche est son versant subjectif, en partie lié à l'état de confiance et à l'état émotionnel de l'examineur (11, 12).

Nous n'hésitons pas à faire une analogie entre le phénomène RAC et le mascaret, cette vague unique et forte apparaissant au début de la marée montante, à l'embouchure de certains fleuves.

## Détection contrôlée par un appareil

La recherche des points douloureux, des points indolores, tout comme l'analyse des variations du pouls, sont des mesures humaines, comportant ainsi une certaine part de subjectivité. Toutes ces mesures peuvent être contrôlées par la détection électrique, réputée plus objective.

### Variations ponctuelles de résistance électrique du point

Elles sont basées sur les découvertes de Jacques Niboyet : les points d'acupuncture somatiques ou auriculaires ont la propriété de présenter une baisse de résistance électrique (13). Chaput a mesuré les variations de la résistance du point par rapport à celle de son environnement (14).

À l'oreille, la détection en baisse d'impédance de points d'organes n'est positive que dans les cas où le fonctionnement de cet organe est perturbé. La valeur de la résistance varie selon les conditions physiologiques (avec le cycle menstruel pour les points Utérus et Ovaires). Plus la baisse d'impédance est importante, plus le point est pathologique.

On peut également faire une détection en recherche d'excès d'impédance. Les détecteurs électriques actuels comparent la résistance du point et celle des zones environnantes (15).

### Bio-potentiels cutanés (la charge électrique)

En 1960, Becker a exposé ses mesures des bio-potentiels cutanés de la salamandre. Cantoni a poursuivi ces mesures chez l'être humain. Marc Piquemal a repris ces travaux et publié ses observations (16). Ses dernières constatations paraissent régulièrement dans la revue *Acupuncture & Moxibustion*.

En ce qui concerne le pavillon de l'oreille, Paul Nogier avait découvert que les points symétriques ont normalement une différence de potentiel. En revanche, en cas de pathologie, le potentiel est comparable à droite et à gauche (10).

## Point d'acupuncture et signaux électriques

Le point d'acupuncture émet des signaux électriques. Utilisant un détecteur à courant direct (pont de Wheatstone) et à courant sinusoïdal, et utilisant une électrode de référence en magnésium, Claudie Terral a observé sur oscilloscope plusieurs profils de courbes I.f (V). Elle a noté plusieurs types de courbes.

Des points peuvent être repérés avec un effet Diode simple, ou un effet Thyristor. L'activité électrique réactionnelle du point peut aussi permettre d'observer un effet Tunnel, un effet Diode-Tunnel, ou une courbe à effet Supraconducteur et générateur de courant (10, 17, 18).

## Point et modifications cutanées

Le point peut s'accompagner de modifications cutanées observables à l'œil nu. Les remarquables observateurs que sont les Chinois ont décrit : érythème et turgescence (cas aigus), papules blanches en creux (cas chroniques), petite verrue ou coloration grise (tumeurs), desquamations (dermatoses), stries blanches ou grises (cicatrices). Ces modifications peuvent essentiellement être notées chez les malades chroniques (9, 10, 19).

Marco Romoli, et plus récemment Catia Matucci, ont insisté sur ces signes cliniques, souvent négligés par les praticiens occidentaux (10, 20).

### Références

1. Sénelar R, Auziech O (1980) Histopathologie du point d'acupuncture. Encyclopédie des Médecines Naturelles, Acupuncture et médecine traditionnelle chinoise. EMN, Paris, p. 1-16
2. Nguyen J (2005) Le complexe neurovasculaire n'est pas la structure du point d'acupuncture. *Acupuncture & Moxibustion* 4: 324
3. Stéphane JM (2006) À la recherche du substratum anatomique du point d'acupuncture. *Acupuncture & Moxibustion* 5: 252-6
4. Daniaud J (1964) Stimulothérapie cutanée, acupuncture, stimulations diverses. Maloine, Paris
5. Jarricot J, Pellin H (1970) Sur quelques observations cliniques singulières et orthodoxes en auriculothérapie. VII<sup>e</sup> Journées d'acupuncture, d'auriculothérapie et de médecine manuelle 15-20 septembre. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
6. Nogier PFM (1969) Traité d'auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
7. Sautreuil P (2002) Douleurs d'amputation, médecine physique et acupuncture. VI<sup>e</sup> congrès de la FAFORMEC. Clermont-Ferrand, 29-30 novembre
8. Bourdiol RJ (1980) Éléments d'auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
9. Nguyen J (1989) Auriculopuncture. Encyclopédie des Médecines Naturelles. Acupuncture et Médecine traditionnelle chinoise. EMN, Paris p. 1-7

10. Rouxville Y, Méas Y, Bossy J (2007) Auriculothérapie, acupuncture auriculaire. Springer, Paris
11. Rouxville Y (2000) Acupuncture auriculaire personnalisée. Sauramps médical, Montpellier
12. Rouxville Y (2002) Considérations sur le point d'auriculothérapie. *Acupuncture & Moxibustion* 1: 58-61
13. Niboyet JEH (1963) La moindre résistance électrique de surfaces ponctiformes et de trajets cutanés concordant avec les points et méridiens bases de l'acupuncture. Thèse de Doctorat ès Sciences, Marseille
14. Bossy J (1983) Bases neurobiologiques des réflexothérapies, 3<sup>e</sup> éd. Masson, Paris
15. Rouxville Y (1995) La détection électrique. *Cahiers de Biothérapie* 133: 75-78.
16. Piquemal M (2000) Aspect biophysique du point d'acupuncture : à la recherche des origines des bio-potentiels cutanés. À propos de 20 patients. Symposium international d'auriculothérapie et d'auriculomédecine GLEM-EIPN. Lyon 26-28 mai
17. Terral C, Rabischong P (2003) Rôle fonctionnel des points de moindre résistance électrique du revêtement cutané dans la régulation homéostatique. In: *Actes d'Alba: Sauramps médical, Montpellier*
18. Terral C, Rabischong P (1997) A Scientific Basis for Acupuncture ? *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 3 (suppl.1): 55-65
19. Wang Zhaohao, Lin Minghua, Chu Chichun (1991) *Pratique de l'acupuncture auriculaire*. You Feng, Paris
20. Romoli M (2003) *Agopuntura Auricolare*. Utet, Milano

# Auriculothérapie : divers types de points auriculaires<sup>1</sup>

Y. Rouxville et Y. Méas

Le pavillon de l'oreille est un poste de guet, placé en dérivation du tronc cérébral, sur le chemin reliant les organes et le cerveau. Il permet ainsi un juste contrôle et une intervention efficace. Le point auriculaire peut être reconnu par le sujet (point douloureux chez les algiques, point insensible chez les douloureux chroniques), ou par l'examineur (modification fugace du pouls nommée RAC ou VAS). Il sera contrôlé par détection électrique, donc infirmé ou confirmé (1).

## Les trois territoires, les deux oreilles

On décrit trois territoires nommés T1, T2 et T3. De façon grossière, ils supportent chacun une innervation particulière : trijumeau V3 pour T1, pneumogastrique X pour T2, plexus cervical pour T3. La représentation des organes du corps est décrite sur T1 pour les dérivés du mésoderme (l'appareil locomoteur et l'appareil urogénital), sur T2 pour les dérivés de l'endoderme (les viscères thoraciques et abdominaux), sur T3 pour l'ectoderme (le système nerveux) (2, 3).

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

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

---

1. Paru en 2007 dans *Acupuncture & Moxibustion*, vol. 6, n° 3, p. 240-3. Reproduit avec l'aimable autorisation de la revue *Acupuncture & Moxibustion*.



## Les cartographies

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

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

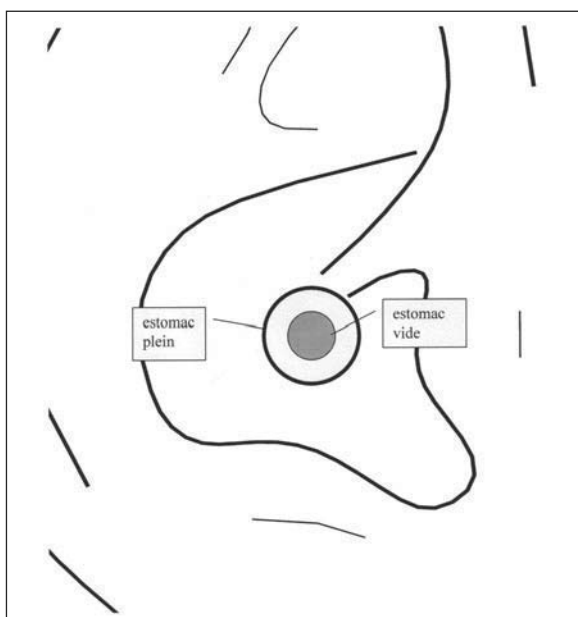
## Les localisations du point varient

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

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

De plus, la représentation d'un organe varie selon son état de fonctionnement. René Bourdiol a observé que la surface de la zone correspondant à un organe varie (5). Elle présente un certain parallélisme avec son métabolisme : le gros estomac postprandial en est l'exemple (fig. 1).

Le point correspondant à un organe n'a pas une topographie constante ; il se situe dans une zone de probabilité. Il peut varier légèrement au fil des heures ou des jours chez un même sujet, à tel point que de nombreux experts estiment ainsi que toute cartographie trop précise est fausse !



**Fig. 1** – Variations de la représentation de l'estomac (d'après Bourdiol).

## Le système nerveux central

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

Effectivement, le système nerveux ne peut pas se représenter. Il est interprétatif, et non pas récepteur. Cependant, le traitement de ces zones est efficace sur certains symptômes et certaines fonctions. L'explication pourrait être vasculaire, par une vasorégulation et un changement de l'irrigation de ces organes nerveux (3).

## Causes ou conséquences ?

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

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

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

Il peut être absent. Une manifestation pathologique ne signifie pas pour autant une atteinte de cet endroit. Dans les maladies chroniques, de nombreux barrages ou obstacles, conséquences du passé (antécédents de traumatisme, de chirurgie, d'atteinte infectieuse, etc.) peuvent se comporter en épine irritative, en champ perturbateur ou en foyer (3). Les interférences dentaires ou cicatricielles sont bien connues. Il en est de même avec l'irritation sympathique entretenue par le ganglion stellaire.

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

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

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

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

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

Ces phénomènes seront particulièrement étudiés chez les malades hypersensibles et hyper-réactifs, surtout chez les allergiques (3, 6).

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

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

Ainsi, la localisation de l'épaule est sur le pavillon en T1, dans la fosse scaphoïde (en noir sur la figure 2). C'est bien la configuration habituelle. Dans l'algodystrophie de l'épaule, le point retrouvé dans la conque, dit de phase 2 (en gris), aura un effet bénéfique et complémentaire sur l'épaule. De même, dans les cas fréquents ressentis comme un « fonctionnement anormal de l'épaule », un point situé à l'arrière du lobule, dit de phase 3 (en blanc) sera utilisé avec efficacité.

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

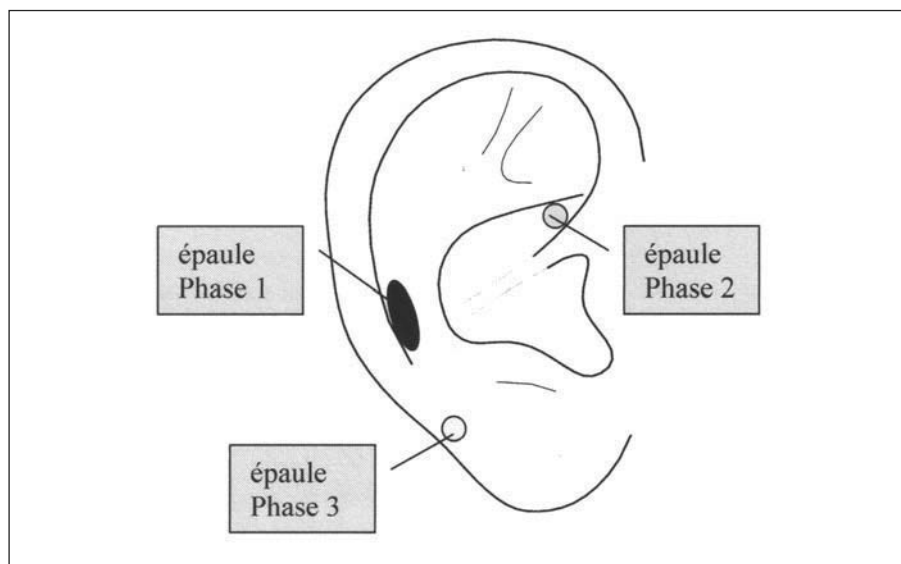


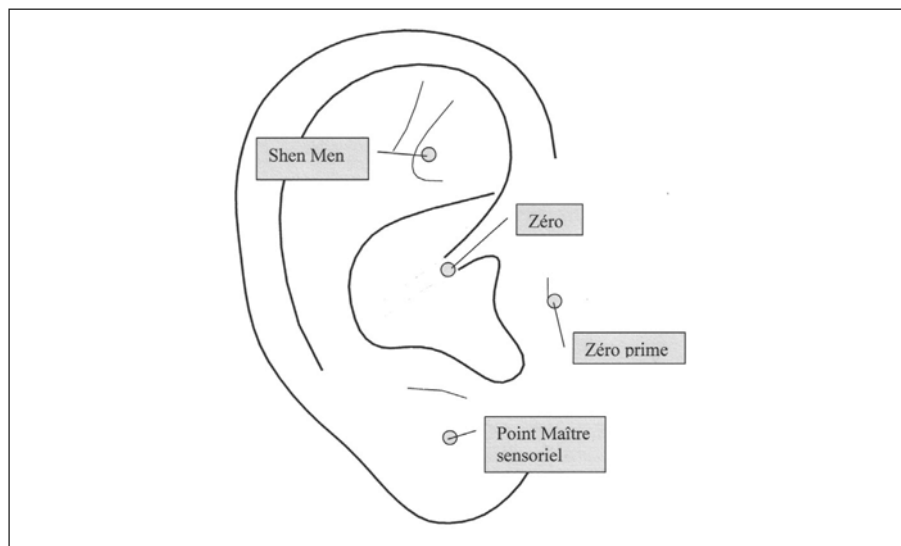
Fig. 2 – Le point d'épaule dans les trois phases.

## Un point peut ainsi avoir un caractère plurifocal

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

## Les points-maîtres en auriculothérapie

À notre avis, les points-maîtres en auriculothérapie ont une grande importance, comparable à celle des points d'ouverture des Merveilleux Vaisseaux connus en acupuncture (fig. 3).



**Fig. 3** – Des points-maîtres très importants.

Les points-maîtres de l'oreille peuvent être les points de commande d'une zone, ou d'une partie du pavillon de l'oreille (par exemple le point zéro prime, point-maître du tragus). Ils peuvent agir sur des symptômes généraux (par exemple le point-maître d'allergie) ou certaines fonctions (par exemple le point-maître olfactif). Ils n'ont pas une action particulière sur un organe. Leur utilisation décuple l'effet de la seule puncture du point d'organe (3).

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

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

Le point-maître sensoriel (PMS) est situé au centre du lobule dont il est le point-maître. Il a une action équilibrante des divers sens (l'odorat, l'audition, la gustation, la vue, le tact), et une action de coordination des afférences sensibles.

Le point Shen Men est le point-maître de la fosse triangulaire. Admis par l'OMS et décrit par les Chinois qui l'utilisent fréquemment, il a un double effet : un effet analgésiant majeur au plan pelvien et une action mentale équilibrante.

## Références

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

# Signification du tragus<sup>1</sup>

Y. Rouxeville

Le pavillon de l'oreille est un lieu réflexe assez connu pour qu'il soit l'objet de redites. En revanche, le tragus, cet opercule issu de la joue et qui recouvre le conduit auditif, a été l'objet de diverses hypothèses et controverses. La logique et l'expérience me conduisent à émettre une opinion, une nouvelle théorie.

## Diverses constatations et hypothèses

### Paul Nogier jusqu'en 1970

« Dès 1956, lors de la toute première communication au Congrès d'Acupuncture de Marseille, il en fait l'aire nasale en rapportant un cas de guérison de coryza spasmodique. Au Congrès de La Bourboule en 1957, il confirme cette localisation... que les Chinois ont, du reste, officialisée depuis.

« Au Congrès de Paris, en septembre 1959, Nogier considère le tragus comme la projection de certains points de la face (conception également reprise par les Chinois) avec référence aux méridiens d'acupuncture Jenn Mo et Tou Mo...

« Nogier arrive très vite à la conclusion que le Jenn Mo se projette sur le tragus droit, au contraire du Tou Mo que l'on retrouve sur le seul tragus gauche. Le gaucher présente des localisations inverses. (1) »

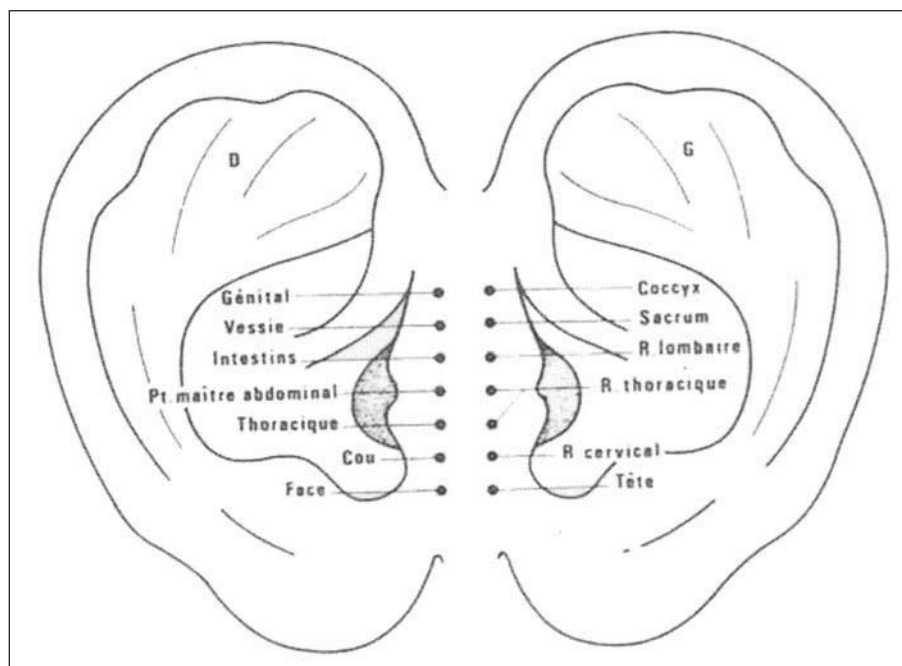
En 1966, Nogier attribue au tragus un rôle de « coordination, de synthèse, de contrôle ». Il y remarque un « point-maître du contrôle de la volonté », le point qui sera dénommé zéro prime.

Dans son livre *princeps* (2), Paul Nogier indique : « Centres des diathèses, les deux tragus n'ont pas la même signification tissulaire... Chez le droitier le tragus gauche a une action élective sur tout le système ostéo-articulaire et musculaire... Chez le droitier le tragus droit est le centre électif de régulation des fonctions végétatives... »

En 1984, Jean Bossy cite Nogier (3) en ajoutant une précieuse description datant des années 1969-1970. On peut y noter que ces points sont alignés sur le sillon pré-tragien (fig. 1).

---

1. Paru en 2008 dans *Acupuncture & Moxibustion*, vol. 7, n° 1, p. 55-7, puis dans les *Annales du GLEM* 2007-2008 (29-32). Reproduit avec l'aimable autorisation de la revue *Acupuncture & Moxibustion* et des *Annales du GLEM*.



**Fig.1** – Représentation dans la zone pré-tragienne chez le droitier selon Nogier. Chez le gaucher, les représentations seraient inversées (1969-1970).

## René Bourdiol

En décembre 1970 (4), René Bourdiol reprend l'opinion de Nogier. Il précise que les points du tragus gauche sont « à rechercher systématiquement en cas d'algies soit strictement médianes, surtout au niveau du dos, soit bilatérales, tant au niveau du tronc, de la tête, que des membres ». Pour le tragus droit, il indique « tout en haut du tragus des points régissant des fonctions génito-urinaires... tout en bas les points régissant les fonctions encéphaliques ».

En 1980, cet élève de Soulié de Morant a consacré vingt pages (1) au seul tragus. Il a lui décrit cinq fonctions : latéralisé, énergétique, potentialisateur, sensoriel, réticulaire.

Son intérêt pour l'anatomie et pour la neurologie l'a conduit à étudier l'innervation du tragus. Il exprime la certitude que le seul nerf auriculo-temporal (branche du nerf maxillaire inférieur) peut innerver le tragus et l'implantation antérieure du pavillon. Citant Lazorthes, il précise que le nerf auriculo-temporal naît du ganglion otique, lequel reçoit des afférences cérébro-spinales du facial (VII) et de l'intermédiaire de Wrisberg (VII bis), des fibres sympathiques provenant du trijumeau (V), des fibres parasympathiques provenant du glosso-pharyngien (IX). Si la limite anatomique de cette innervation est précise, les résurgences



internes sont variables selon les individus et les circonstances.

L'effet bénéfique en une séance dans un cas de surdité (vérifié par audiométrie tonale) lui a fait décrire la localisation du nerf auditif (VIII) à la crête postérieure du tragus.

Il a décrit trois points-mâtres : le point R (point réactionnel, point-mâtre autonome), le point 0' (zéro prime, point-mâtre du tragus), le point E (épiphysaire), toujours enseignés et dont l'activité est majeure (fig. 2).

Ayant compris le rôle intégrateur du tragus, Bourdiol l'a rapporté aux commissures interhémisphériques (corps calleux, commissure blanche antérieure, commissure habénulaire). Ces descriptions ont été reprises en de nombreux enseignements, jusqu'à une période récente.



Fig. 2 – Les points H (noir), 0 prime (gris), E (blanc).

## Jarricot et Wong, en 1973

Henri Jarricot et Ming Wong ont souligné que « le tragus, en acupuncture traditionnelle chinoise, est toujours considéré comme l'aire même de la surdité (points Tche-Long et T'ing-Kong) » (1, 5). Cela peut se comprendre en raison des anastomoses intrapétruses unissant le nerf facial et le nerf auditif.

## Paul Nogier depuis 1975

Paul Nogier s'est gardé de reprendre les hypothèses de Bourdiol (correspondances avec les commissures interhémisphériques) dans ses publications de localisations (6, 7).

En revanche, il a décrit des localisations dermiques sur la crête du tragus. Chez le droitier, la crête du tragus droit supporte les localisations de la ligne sagittale médiane antérieure du corps (médiane sous-ombilicale en partie supérieure, médiane sus-ombilicale et thoracique à la partie inférieure) ; la crête du tragus gauche supporte les localisations de la ligne sagittale médiane postérieure (8).

## Critiques des universitaires

Au cours de la réunion de nomenclature organisée par l'OMS à Lyon en 1990, le Pr Jean Bossy n'a pas accepté de reconnaître de localisations pour le système nerveux central : le système nerveux ne peut pas se représenter. En effet, le cerveau est interprétatif, et non pas récepteur (9). Plus tard, le 6 octobre 2006, au cours du V<sup>e</sup> Symposium international, le Pr Pierre Rabischong s'est élevé contre les localisations de commissures interhémisphériques sur le tragus, « interprétation personnelle, concept dangereux, dérapage sémantique difficile à exporter » (9).

## Théorie personnelle proposée

### Tragus droit

Chez le droitier, il représenterait la ligne sagittale médiane antérieure du corps, les plexus médians étant représentés au sillon pré-tragien, le derme sur la crête du tragus. Les divers étages y sont représentés sous forme de bandes horizontales (fig. 3).

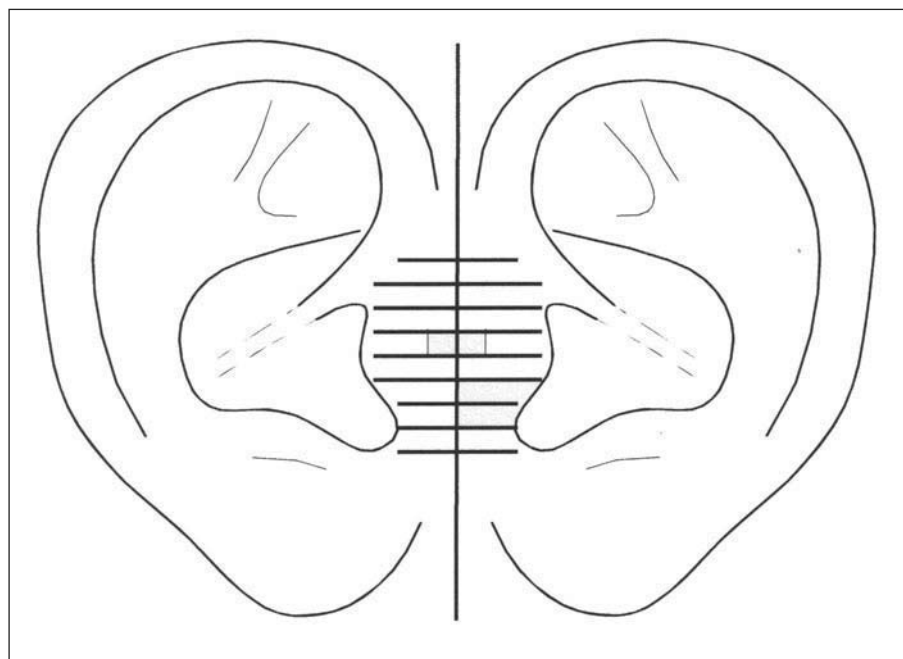


Fig. 3 – Diverses bandes tragales.

## Tragus gauche

Chez le droitier, il représenterait la ligne sagittale médiane postérieure du corps, les vertèbres étant représentées au sillon pré-tragien, le derme sur la crête du tragus.

Les divers étages y sont représentés sous forme de bandes horizontales.

Ainsi, les localisations du rachis en phase 3, décrites sur le tragus par Nogier en 1989, ne sont plus retenues. Les localisations du rachis en phase 3, décrites en 1999 par Alain Mallard et Bernard Julienne à la bordure du lobule, deviennent très cohérentes et parfaitement présentables (10).

## Références

1. Bourdiol RJ (1980) Éléments d'auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz, p. 225-44
2. Nogier PFM (1969) Traité d'auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz, p. 22
3. Bossy J, Pradal-Prat D, Taillandier J (1984) Les microsystèmes de l'acupuncture. Masson, Paris, p. 128-9
4. Bourdiol RJ (1972) Cours d'auriculothérapie premier degré. Cahiers de Biothérapie, suppl. 33, p. 17-8
5. Jarricot H, Wong M (1973) L'auriculothérapie. Méridiens n° 21-22, p. 85-138
6. Nogier PFM, Petitjean F, Mallard A (1987) Points réflexes auriculaires. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
7. Nogier PFM (1989) Complément des points réflexes auriculaires. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
8. Rouxville Y. Index des cours de Paul Nogier depuis le 27-02-81 au 03-12-1993, consultable sur [www.biblio.auriculo.fr](http://www.biblio.auriculo.fr)
9. Rouxville Y, Méas Y, Bossy J (2007) Auriculothérapie, acupuncture auriculaire. Springer-Verlag, Paris, p. 143 et 156
10. Julienne B, Mallard A (1999). Représentations réflexes ectodermique, mésodermique, endodermique dans les phases 1, 2, 3. Mallard, Lyon

# La détection électrique : historique, théorie et pratique<sup>1</sup>

Y. Rouxeville

Yunsan Méas a pu effectuer quelques vérifications avec le PET-Scan, en montrant qu'à la suite d'une stimulation corporelle de nombreuses zones s'allument, et non pas une seule<sup>2</sup>. Tout se passe comme s'il existait une boucle reliant plusieurs points, un chemin complexe aboutissant au point de l'organe. Dans les alertes, le système cortical déclenche une mise en tension du système autonome, avec vasoconstriction ou vasodilatation des vaisseaux, ainsi que le système réticulé. Le contrôle instrumental permet d'objectiver à l'oreille les points à l'impédance modifiée. Il est vraisemblable que les variations de l'impédance électrique sont en relation avec une modification de la régulation autonome périphérique.

## Contraste

Dans la recherche ou le contrôle d'un point pathologique, le contraste du point par rapport à son environnement est la donnée constante, que ce soit pour le point douloureux ou le point insensible à la pression, pour le point pressenti par convention mentale ou le point sensible à certains micro stimuli.

Le contrôle par détection électrique différentielle permet d'objectiver le contraste entre la résistance d'un point d'environ 1 mm<sup>2</sup> et la résistance de son environnement immédiat (un cercle de 2 mm de rayon centré par ce point).

## Baisse d'impédance ponctuelle

Nous mesurons un milieu complexe ; le terme « impédance » est donc plus correct, puisqu'il s'agit d'une résistance complexe. L'impédance de ces points est plus faible que celle de leur environnement. L'anomalie retrouvée traduit une expression patho-

---

1. Cet article est une synthèse de textes écrits par l'auteur depuis 1995 (cf. en fin d'article). Reproduit avec l'aimable autorisation des Cahiers de Biothérapie et des Annales du GLEM.

2. Méas Y (2009) L'auriculothérapie au CHU de Nantes. Annales du GLEM 2009.

logique du point. Très marquée, elle sera reliée à un aspect organique ; peu marquée, nous songerons à une manifestation fonctionnelle. Les points en baisse d'impédance sont les seuls qui sont habituellement enseignés et recherchés, en France.

Ces points pourraient correspondre à la traduction d'une défense active, adrénergique, de type orthosympathique.

## Hausse d'impédance ponctuelle

L'impédance de ces points est plus forte que celle de leur environnement. Les points en hausse d'impédance sont largement méconnus. Pourtant, Paul Nogier avait reconnu leur existence (7). Ils pourraient correspondre à une réactivité particulière ou personnelle, et sans doute à l'expression d'une défense passive, vagotonique, de type parasympathique.

# Historique de la détection électrique auriculaire

## Travaux de JEH Niboyet

Le Dr JEH Niboyet, de Marseille, a montré en 1963 que les points d'acupuncture corporels présentaient une moindre résistance électrique au passage d'un courant. Ses travaux ont fait l'objet d'une thèse de doctorat ès Sciences, éditée chez Louis Jean, à Gap, en 1963 (1). C'est ainsi que le Dr Niboyet put acquérir une réputation mondiale qui ne s'est jamais démentie.

Le Dr Niboyet a précisé que *« certaines bases objectives de l'acupuncture ont pu être établies en France par la recherche privée. Les premières données ont été mises en évidence en France seulement pour marquer l'intérêt de la recherche fondamentale dans ce domaine inexploré et réservant certainement des découvertes imprévues »*.

Au sujet des propriétés électriques des *« points dits chinois »*, il ajoute : *« Par rapport au tégument environnant, ils présentent une moindre résistance à l'électricité en courant continu ; en courants variables une impédance plus faible, un moindre déphasage et une propriété qui s'apparente à l'effet diode. Ces points se retrouvent avec les mêmes propriétés électriques, dans tout le monde animal »*.

Signalons que la toute première publication du Dr Niboyet sur le sujet date de 1951, l'année même où Paul Nogier a observé les cautérisations efficaces dans la névralgie sciatique. Pour les méridiens d'acupuncture, il ajoute : *« Les lignes*

*immatérielles qui, selon la tradition, relierait certains points, ont une résistance plus faible à l'électricité que n'importe quel autre trajet ».*

L'auriculothérapie doit sa survie au Dr J.E.H. Niboyet. Paul Nogier écrit dans l'introduction de son *Traité d'auriculothérapie* (2) paru en 1969, qu'il n'avait guère d'audience en 1955. « Puis je m'en ouvris à J.E.H. Niboyet qui déjà à ce moment pouvait être considéré comme le maître incontesté de l'acupuncture en France. Son avis était pour moi déterminant et j'aurais abandonné ce travail s'il m'avait quelque peu découragé. Une première chance exceptionnelle voulut que J.E.H. Niboyet fut frappé par cette zone réflexe que ne connaissaient pas les Chinois, et qu'il insista même pour que je prisse la parole au premier congrès de la Société méditerranéenne d'Acupuncture en février 1956 ».

Dans le film *Stress, douleur, acupuncture et auriculothérapie*, nous pouvons observer le Dr Niboyet pour la partie acupuncture. Ayant à traiter une névralgie sciatique, il préfère l'auriculothérapie, en se servant du détecteur électrique Diascope® pour repérer le point ! Niboyet fut un médecin acupuncteur hors du commun, le pionnier et le père de l'acupuncture moderne, en Europe.

Le 8 février 1986, Paul Nogier a demandé à ses élèves du Cours supérieur de se recueillir : « Je vous demande d'avoir un souvenir pour celui dont on ne parle jamais assez, et qui, dans l'ombre, a été un être intelligent, un moteur permettant la naissance et l'épanouissement de l'auriculothérapie ».

## Limites de la détection simple

Elles sont liées à l'anatomo-histologie : les plis, les sillons, les poils, les glandes sébacées, les pores de sudation et les cicatrices sont des causes d'artéfacts. L'état de sécheresse ou d'humidité des zones convexes ou concaves modifient la conductibilité électrique, donc la résistance cutanée.

L'appareillage nécessite une grande précision pour obtenir des résultats reproductibles. Au laboratoire, on utilise un oscilloscope ; le praticien aura un dispositif portable.

## Résistance électrique de la peau

La peau du lapin présente une résistance de 10 à 50 K $\Omega$ , variable selon les régions.

La résistance de la peau au passage d'un courant électrique est une donnée variable qui dépend de la structure de la peau aux différents endroits du corps. L'impédance est plus faible sur le visage (quelques centaines de K $\Omega$ ) que sur le corps (plusieurs M $\Omega$ ). L'impédance cutanée d'un jeune enfant est faible sur tout le corps, alors qu'elle sera importante sur le visage buriné d'un agriculteur ou d'un marin.

Indépendamment de l'endroit du corps, des variations locales révèlent des variations locales de structure repérées par le détecteur. 72 % des eczémateux auraient une résistance cutanée plus faible que celle notée chez les sujets normaux.

L'humidité diminue la résistance électrique de la peau. Chez l'homme, elle serait (selon Blum) de 100 000  $\Omega$  pour une peau sèche, alors que la peau humide aurait une résistance de quelques milliers d'Ohms seulement. Retenons que la résistance de l'intérieur des tissus est voisine de celle du sérum physiologique, aux alentours de 10 000  $\Omega$ .

La résistance vraie, mesurée en courant continu, est à différencier du terme impédance (extension de la résistance au courant alternatif). La peau étant un milieu complexe, le terme impédance est donc à privilégier, d'autant que le courant électrique est émis de façon répétée lors des mesures par les dispositifs médicaux modernes.

O. Auziech, Y. Grall, C. Klein, A.M. Lacroix et J. Niboyet ont reconnu statistiquement plusieurs populations de points :

- des points entre 200 et 400 K $\Omega$  (haute résistance) ;
- des points entre 100 et 200 K $\Omega$  (moyenne résistance) ;
- des points de 5 à 50 K $\Omega$  (très faible résistance).

## Travaux de l'Unité 103 de l'INSERM

Le Pr Pierre Rabischong, le Dr Claudie Terral et le Dr Odile Auziech ont présenté leurs travaux aux Entretiens de Monaco en 1988 (3), puis au Symposium international d'auriculothérapie et d'auriculomédecine à Lyon en 1994 (4).

Ces chercheurs ont utilisé l'appareil de Guillermet, qui permet de ne déclencher un signal qu'à partir d'un seuil de courant passant par le point cutané. Ce signal peut être sonore, visualisé sur écran ou sur oscilloscope. Le traceur de courbes de Klein permet le tracé continu sur oscilloscope du spot lumineux.

La valeur moyenne de moindre résistance électrique des points cutanés est de 50 à 100 K $\Omega$ . Les points de voisinage, non réactifs au courant électrique, ont une impédance cutanée de 500 à 1 000 K $\Omega$  (rapport de 1 à 10).

## Stigmascope®

Les premiers détecteurs ont été fabriqués pour rechercher la moindre résistance électrique des points d'acupuncture, à la suite des travaux de Niboyet. Le Stigmascope® fut le premier détecteur réellement utilisable à l'oreille, mis au point grâce à l'apparition toute récente des transistors. Il fut conçu par le Dr Henri

Pellin, ancien préparateur de physique à la Faculté, avec l'aide du Dr Henri Jaricot. Parmi ses avantages :

- le courant émis, qui traverse la peau à but de détection n'est pas trop puissant ;
- l'utilisateur n'a plus à regarder l'appareil pour vérifier la déviation du galvanomètre. Il ne quitte plus l'oreille de son patient, car le signal est désormais visuel et sonore ;
- la tige exploratrice est montée sur ressort, ce qui garantit une pression amortie. À défaut d'être constante, elle évite une détection par trop irrégulière ;
- la sélectivité des points est bonne, alors que certains détecteurs sonnaient pour tout et pour rien.

Le cours d'auriculothérapie de René Bourdiol paru dans les *Cahiers de Biothérapie* (5) et l'ouvrage princeps de Paul Nogier (2) indiquait l'intérêt du Stigmascope®. Cet appareil m'a permis d'effectuer mes premiers pas en auriculothérapie ; je lui dois mes premiers succès et ma conviction de l'efficacité de l'auriculothérapie.

## Système Acus® du Pr Sergueï Timochovski

Son principe est le suivant : des micro-électrodes de 0,2 mm de diamètre sont reliées à un ordinateur, chacune par une microfibre. L'extrémité d'un capteur peut comporter selon sa taille 64, 256 ou 1 024 électrodes. Le courant de diagnostic passe à tour de rôle sur chaque micro-électrode avec une haute fréquence (jusqu'à 40 fois par seconde pour chacune).

Des couleurs – bleu pour petite conduction et santé, rouge pour forte conduction, baisse de résistance et pathologie – permettent de visualiser la carte électrique de l'oreille sur l'écran de l'ordinateur. L'archivage est possible et permet de faire un suivi du patient. Le support peut même être confié au malade qui consultera un autre médecin dans un pays éloigné.

Pour ce travail novateur, le Pr Sergueï Timochovski, de Tachkent, a reçu le Prix du Comité scientifique du Symposium en mai 1994 à Lyon, récompense de plus de dix ans de persévérance et de travail isolé (6). Plus tard, S.E. M. l'Ambassadeur de France en Ouzbékistan a tenu à remettre lui-même l'attestation officielle du Prix à S.V. Timochovski et ses collaborateurs V.S. Ghavardovsky (programmeur) et V.N. Malkov (ingénieur en électronique), lors d'une réunion intime à l'Ambassade de France.

En novembre 1994, ont eu lieu à Lyon des tests de validation du système Acus®, afin de comparer à l'aveugle plusieurs systèmes de détection. Chez des sujets, j'effectuais un diagnostic des points d'oreille à l'aide du RAC (par auriculomédecine) que je contrôlais par l'Agiscop®. Ensuite, Sergueï, ignorant mes mesures, venait mesurer avec Acus®.

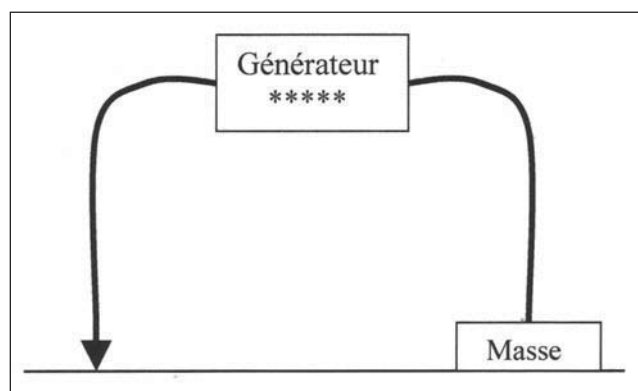
Nous avons conclu à une concordance grossière entre ces trois types de détection. Ce contrôle visuel, sur écran, montre toutes les régions de façon très précise.



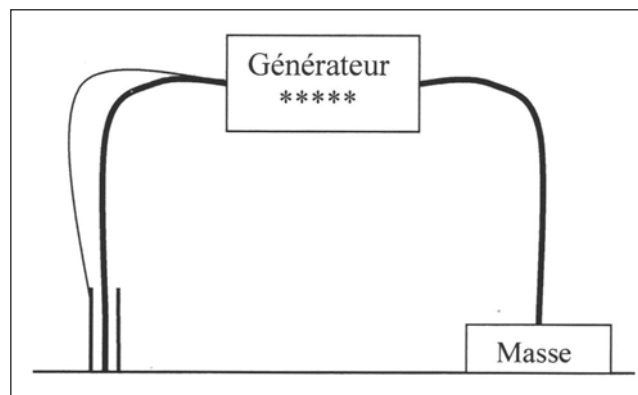
En revanche, les tests par auriculomédecine étaient plus rapides pour indiquer les endroits anormaux.

## Détection électrique différentielle, détecteurs adaptés

Cette détection est plus fiable que la détection simple. En détection simple, on recueille la seule mesure du point par rapport à la masse (fig. 1) ; en détection différentielle, on effectue la comparaison entre la mesure du point par rapport à la masse et celle de la moyenne de l'environnement du point par rapport à la masse (fig. 2). Toutes ces mesures sont des mesures de résistance cutanée dermique. Les progrès constants de l'électronique ont permis un développement important depuis le début des années 1970.



**Fig. 1** – Principe de la détection électrique.



**Fig. 2** – Principe de la détection électrique différentielle.

## Punctoscope®

Ce fut le premier détecteur différentiel (7), c'est-à-dire mesurant l'impédance cutanée (la résistance électrique de la peau au passage d'un micro-courant) d'un point de 1 mm<sup>2</sup> par rapport à son environnement immédiat. Cette détection électrique, dite différentielle, élimine de nombreux artéfacts.

Le Punctoscope® était un appareil de grande qualité par rapport à tout ce qui existait à l'époque, dans les années 1970. Mais il donnait des artéfacts, car le capteur télescopique tube-axe était trop dur en pression, ce qui modifiait la texture du point lors des explorations.

## Mesures faites par G. Chaput et J. Bossy avec le Punctoscope® (8)

En 1975, sur une centaine de points d'acupuncture somatique, trois mesures ont été faites : au centre du point détecté, dans un rayon de 2 mm, dans un rayon de 10 mm :

- au point détecté, l'impédance varie entre 30 000 et 350 000  $\Omega$  ;
- à 2 mm, de 150 000 à 1 550 000  $\Omega$  (rapport de 1 à 5) ;
- à 10 mm, de 450 000 à 5 000 000  $\Omega$  (rapport de 1 à 15).

## Diascope®

Ce fut le second détecteur différentiel, apparu dans les années 1980. Il apportait sur le Punctoscope® des améliorations très nettes du capteur d'électrodes coaxiales. Rustique, solide, il ne détecte que peu de points à l'oreille (les plus marqués, ceux dont le traitement sera le plus efficace). On peut très facilement le mettre dans une poche.

L'électrode de masse est intégrée au boîtier : le patient tient le boîtier à la main (ce qui est gênant lors de la palpation simultanée du pouls du sujet examiné).

C'est l'équivalent du premier appareil photo que l'on vous offre : on fait un réglage très simple, on appuie sur le déclencheur et on a une vraie photo.

## Servoscope®

C'est un détecteur des années 1980. Après appui sur le commutateur, on fait la recherche point à point comme avec le Diascope®. La mesure de résistance se fait de manière alternée (l'axe puis le tube) ; ces mesures sont analysées et mémorisées par micro-processeur. Aucun réglage n'est à faire. Un signal sonore (bip)

et un signal optique indiquent que l'on a bien détecté un point pathologique. Fonctionnant sans réglage, le Servoscope® répond sans donner de détails. C'est l'équivalent d'un appareil photo automatique fonctionnant tout seul : il suffit d'appuyer sur le déclencheur.

Le Diascope®, le Punctoscope® et le Servoscope® ne sont plus fabriqués. Mais ces dispositifs médicaux anciens peuvent être utilisés, s'ils sont en état.

### Agiscop DT® (fig. 3)

Sorti dans les années 1990, l'Agiscop DT® est devenu la référence, la norme. Un courant de  $5\ \mu\text{A}$  circule entre le système de détection appliqué sur le point et la masse tenue à la main.

Il effectue deux mesures d'impédance décalées : pour le point, une par l'axe (une surface de  $0,8\ \text{mm}^2$ ), l'autre pour l'environnement immédiat par le tube (la moyenne d'un cercle de 2 mm de rayon centré sur le point, une surface d'environ  $4\ \text{mm}^2$ ).

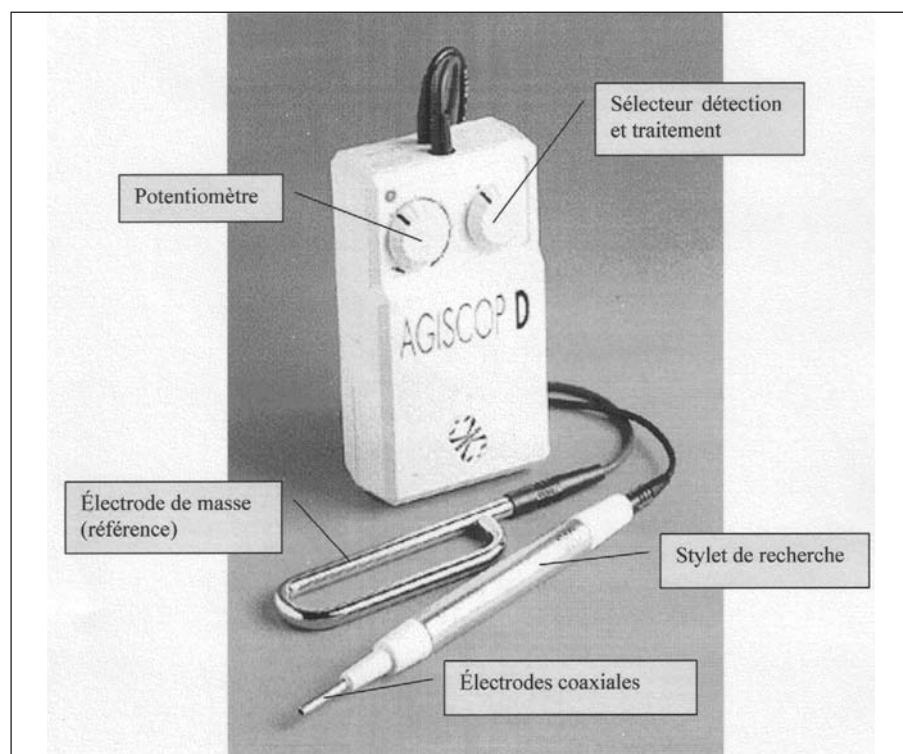


Fig. 3 – Le détecteur Agiscop®.

Le circuit électronique de l'appareil compare la différence entre les deux mesures, selon la possibilité offerte par le potentiomètre (fig. 4).

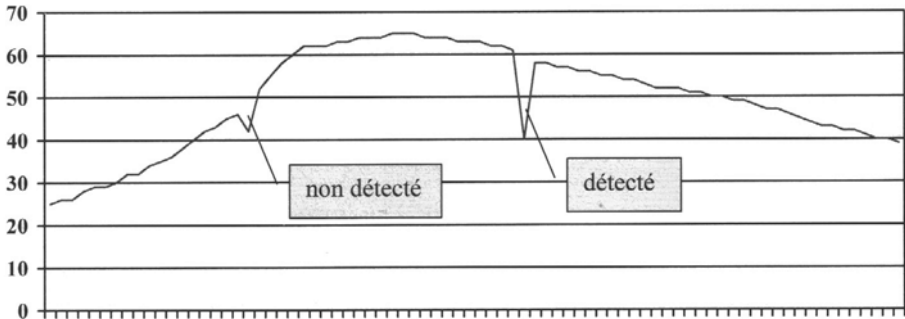


Fig. 4 – La détection « différentielle ».

Un bip sonore et le clignotement du voyant lumineux avertissent l'utilisateur.

Pour l'analogie avec les appareils photo, ce serait un appareil où la commande manuelle prime sur la gestion électronique. Le photographe peut travailler soit de façon standard, soit « en manuel » en réglant la vitesse d'obturation, la profondeur de champ, le diaphragme, sensibiliser avec un filtre, etc. Naturellement, les résultats ne seront plus les mêmes. Mais tout cela va bien avec le terme contraste annoncé en début d'article !

Les mesures en hausse d'impédance ne sont pas aisées (nombreux artéfacts). Le point faible est représenté par les deux câbles coaxiaux qu'il ne faut absolument pas couder.

Dans son livre de référence en anglais paru en 2010 (9), Marco Romoli consacre un chapitre à la recherche de la résistance de la peau<sup>3</sup> en indiquant les raisons du choix de l'Agiscop<sup>®4</sup>. À la fin de ce traité, l'ingénieur Filadelfio Puglisi synthétise ses remarques sur ce dispositif<sup>5</sup>.

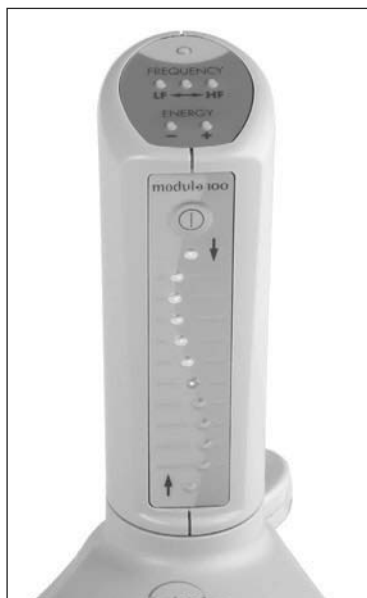
## Pointoselect<sup>®</sup>

Les possibilités sont celles de l'Agiscop<sup>®</sup>. Cependant, la lecture et l'utilisation m'ont semblé moins pratiques. Il permet le traitement électrique du point avec les fréquences de Bahr.

3. The electrical resistance test, p. 175-205.

4. Reasons for choosing Agiscop and adopting a fixed ESR threshold in the validation process, p. 176-7.

5. Observations in the Agiscop device, p. 269-71.

**Modulo 100®** (fig. 5)

Dernier né de la technologie et disposant des mêmes possibilités que l'Agiscop®, il permet un contrôle visuel aisé : 12 LED peuvent s'allumer sur une rampe de 7 cm placée sur un mat orientable. En déplaçant le système de détection, on voit parfaitement si l'on s'approche ou si on s'éloigne du point. Les mesures en hausse d'impédance en sont facilitées.

Ce dispositif m'a permis de réaliser des vérifications enseignantes sur les points détectés à l'aide du RAC (par auriculomédecine), auxquelles un chapitre est consacré, plus loin.

On peut comparer cet appareil à un appareil photo numérique moderne, de haute définition.

**Fig. 5** – Le détecteur Modulo 100®.

## Caractéristiques techniques de détecteurs différentiels

Plage maximale mesurable :

- Diascope® : 2 MΩ
- Servoscope® : 12 MΩ
- Agiscop® : 15 MΩ
- Modulo 100® : 15 MΩ

Mesures sur les électrodes :

- Diascope® : simultanées
- Servoscope® : alternées
- Agiscop® : alternées
- Modulo 100® : alternées

Possibilités de stimulation électrique :

- Diascope® : 1,14 Hz
- Servoscope® : 1,14 Hz et 6 Hz
- Agiscop DT® : 1,14 Hz et 73 Hz
- Modulo 100® : 1,14 Hz, 73 Hz, balayage des 7 fréquences de Nogier.

# Utilisation du détecteur électrique en auriculothérapie (10, 11, 12)

## Préparer la surface contrôlée

La film lipidique qui recouvre la peau peut être une gêne dans la détection électrique. Un simple nettoyage avec un coton sec en éliminera l'excès ainsi que la sueur et ses dépôts salés, les traces de shampooing et de maquillage, la poussière et les peaux mortes, toutes sources d'artéfacts.

Les plis, les pores et les cicatrices locales sont des causes bien connues d'artéfacts.

Contrairement à ce que j'exprimais il y a dix à quinze ans, il faut éviter la désinfection de l'oreille avant la détection électrique : les mesures seront largement modifiées, surtout celles qui sont assez subtiles. En revanche, on désinfectera soigneusement avant la pose d'aiguilles.

## Préparatifs

Le mode opératoire est le même pour les deux appareils, construits sur le même principe :

- mise en marche de l'appareil (Agiscop® ou Modulo 100®) ;
- l'électrode de référence (masse) sera franchement empaumée par le patient ;
- pour l'Agiscop®, sélectionner la position « + » (recherche en baisse d'impédance), puis mettre le potentiomètre sur 4 pour le réglage du seuil. Pour le Modulo, il n'y a rien à sélectionner ;
- présenter le stylet de recherche (capteur perpendiculaire) à l'endroit du pavillon de l'oreille analysé, les électrodes coaxiales enfoncées environ de moitié (pression de 50 g/mm<sup>2</sup> environ).

Étalonner l'appareil pour le sujet :

- vérifier l'impédance du point zéro ou du point Shen Men. Paul Nogier a conseillé également le point oméga du lobule. Il suffit de déplacer les électrodes de recherche avec minutie autour du point recherché. Le signal lumineux et le signal sonore doivent être stabilisés deux secondes pour une mesure correcte ;
- si besoin, on réglera l'appareil (Agiscop® ou Modulo®) selon les indications du constructeur, de façon qu'il soit plus ou moins sélectif. Nous aurons ainsi le point de référence R (par exemple 4,5) pour chaque oreille.

Recherche des points pathologiques (les quatre premières recommandations concernent l'Agiscop seul, la cinquième concerne l'Agiscop et le Modulo) :

- pour faire les mesures, le contact des électrodes coaxiales avec le tégument doit être constant. Si l'on n'y prend garde, l'appareil sonnera de façon intempestive dans les zones à grande concavité comme sous la racine de l'hélix ;
- sur les zones convexes (anthélix, antitragus), il faut augmenter la sensibilité ;
- sur les zones concaves, on peut être conduit à diminuer la sensibilité ;
- on déplace les électrodes coaxiales sans brutalité et lentement : il suffit de 0,5 mm pour modifier franchement l'impédance ; il faut laisser au microprocesseur le temps de faire ses calculs.

## Mise à la terre électrique ?

Il y a dix et quinze ans, je conseillais une mise à la terre électrique avant la détection, en raison de la sensibilité à l'électricité statique notée chez le quart de ma patientèle (surtout les opérés et les malades chroniques). Je le recommande aussi dans les cas où le point zéro n'est pas mis en évidence par le détecteur électrique.

## Recherche des points contrôlés en baisse d'impédance (BI)

- Le sélecteur de l'Agiscop® est mis sur « + » ; le repère du Modulo 100® est en haut.
- Les points contrôlés par l'Agiscop®, depuis un chiffre au-dessous de R à un chiffre au-dessus de la référence R, seront considérés en baisse d'impédance (par exemple 3,5 à 5,5).
- Les points contrôlés par l'Agiscop® à partir de deux chiffres au-dessus de la référence R (par exemple 6,5) seront considérés en « faible baisse d'impédance ».
- Les points contrôlés par Modulo 100®, d'impédance comparable à R, y compris les deux LED supérieures, seront considérés en baisse d'impédance.
- Les points contrôlés par Modulo 100®, au-delà de deux LED au-dessus de R, seront considérés « non significatifs » (NS).

La baisse d'impédance cutanée du point (par rapport à son environnement immédiat) est une expression pathologique plus ou moins marquée. Elle pourrait correspondre à une atteinte organique ou un trouble fonctionnel.

Les points en baisse d'impédance peuvent être traités par aiguille, ASP, courant électrique, laser aux fréquences adéquates, etc., selon les habitudes, le matériel et l'expérience du praticien. J'ai tendance à penser que ces points expriment une régulation à dominante orthosympathique.

Les points en « faible baisse d'impédance » (plus « fonctionnels ») doivent être traités en douceur, c'est-à-dire en évitant l'ASP.

## Recherche des points contrôlés en hausse d'impédance (HI)

- Le sélecteur de l'Agiscop® est mis sur « – ». Le repère du Modulo 100® est en bas.
- Le potentiomètre de l'Agiscop® doit être fréquemment ajusté. Les artéfacts sont fréquents.
- Les points contrôlés par Modulo 100®, mesurés avec une élévation d'impédance jusqu'à 2 LED au-dessous de R, seront considérés en hausse d'impédance.
- Les points contrôlés par Modulo 100®, mesurés à plus de deux LED au-dessous de R, seront considérés comme « non significatifs » (NS).

Il y a dix et quinze ans, je considérais la hausse d'impédance comme l'envers du décor par rapport à la pathologie, comme une expression du terrain (tels les points dits de frontières, décrits en auriculomédecine), ou à une défaillance du système de défense, ces points étant donc plus à analyser qu'à traiter activement. Actuellement, j'ai tendance à penser qu'ils sont l'expression d'une autre régulation autonome.

Dans l'état de nos connaissances, ces simples points en hausse d'impédance peuvent être traités normalement à l'aiguille, mais pas les zones en hausse d'impédance.

## Les zones détectées en hausse d'impédance, centrées par un point en baisse d'impédance

Ce point est très précis et difficile à détecter. La zone ovoïde (pouvant aller à 5 mm de rayon) réagit en hausse d'impédance ; elle est reconnue par le RAC avec l'extrémité noire du bâtonnet noir-blanc.

C'est la traduction objective de ce que Paul Nogier a nommé une « fuite énergétique ». Ce terme, emprunté à la médecine traditionnelle chinoise, est très bien compris.

Il est impératif d'éviter les ASP ou les aiguilles posées longtemps sur ces points. Cela pourrait fatiguer et aggraver passagèrement les symptômes du malade. En revanche, nous obtenons des résultats favorables, durables mais retardés dans le temps, par la pose d'aiguille pendant seulement quelques secondes, en apnée inspiratoire (afin de réaliser une micro-saignée), voire par les fréquences lasers appropriées. Ce traitement élégant permet un résultat favorable, retardé et sans effets négatifs.



## Conclusion

Le contrôle par détection électrique différentielle me semble être la clé de voûte de l'auriculothérapie. La détection apporte une mesure, donc une référence plus objective permettant d'orienter des soins. Il permet de vérifier, de contrôler, d'être sûr puisqu'il s'agit d'une mesure instrumentale. La détection électrique permet d'éliminer le paramètre plus subjectif qu'est l'interprétation humaine (douleur ou pression ressentie par le sujet examiné, variation du pouls ressentie par l'observateur).

Le diagnostic étant plus certain, les traitements appliqués seront plus logiques, plus précis et donc appropriés. Le détecteur électrique différentiel est réellement le dispositif le plus utile au praticien en auriculothérapie.

## Références

1. Niboyet JEH (1963) La moindre résistance électrique de surfaces ponctiformes et de trajets cutanés concordant avec les points et méridiens base de l'acupuncture. Thèse de Doctorat ès Sciences, Marseille
2. Nogier PFM (1969) Traité d'auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
3. Rabischong P, Terral C, Auziech O (1988) Argumentaire scientifique de l'acupuncture. Les thérapeutiques du stress – Éditions du Rocher, Monaco, p. 11-9
4. Terral C (1994). Identification physique et histologie des points d'acupuncture et leur signification physiologique. Annales du I<sup>er</sup> Symposium International d'Auriculothérapie et d'Auriculomédecine, à Lyon. Haug International, Bruxelles, p. 21-2.
5. Bourdiol RL (1972) Cours d'auriculothérapie, premier degré. Cahiers de Biothérapie suppl. 33, p. 20
6. Timochevski SV (1994) Annales du I<sup>er</sup> Symposium International d'Auriculothérapie et d'Auriculomédecine, à Lyon. Haug International, Bruxelles, p. 63-64
7. Bourdiol RJ (1980) Éléments d'auriculothérapie. Maisonneuve, Sainte-Ruffine, p. 260
8. Bossy J (1980) Bases neurobiologiques des réflexothérapies. Masson, Paris, p. 15
9. Romoli M (2010) Auricular Acupuncture Diagnosis. Churchill Livingstone Elsevier, Edinburgh
10. Leclerc B (1994) Précis d'auriculothérapie. Leclerc, Nevers
11. Rouxville Y (1995) La détection électrique. Cahiers de Biothérapie n° 133, p. 75-8
12. Rouxville Y, Méas Y, Bossy J (2007) Auriculothérapie, Acupuncture auriculaire. Springer-Verlag, p. 164

Ce texte est la synthèse de :

Rouxville Y (1995) La détection électrique. Cahiers de Biothérapie n° 133, p. 75-8

Rouxville Y (1995) La détection électrique en Auriculothérapie. Annales du GLEM

Un chapitre écrit à la demande d'un collègue, en 1997, pour un livre collectif qui ne fut jamais réalisé.

Des écrits divers, à la suite de travaux plus récents.

*Nota.* Concernant les appareils cités, je tiens à préciser qu'ils ont été mis à ma disposition par le fabricant, sans aucun conflit d'intérêt.

# Hypothèses sur la détection électrique différentielle du point d'oreille<sup>1</sup>

Y. Rouxville, D. Courty, Y. Méas, P. Bécu, A. Gesbert, MR LeBel

Il est important de mener des études multicentriques pour confirmer les recherches comparant les tests d'auriculomédecine et la détection électrique. La détection électrique en auriculothérapie permet de détecter des points en baisse ou en hausse d'impédance. Une variation du gradient ionique aux alentours du point en est une des explications proposées. Un des acteurs serait les fibres nerveuses autonomes aboutissant au point.

« On ne connaît bien que ce que l'on sait mesurer » a dit Claude Bernard.

## Justification

Depuis 40 ans, on sait que les points pathologiques du pavillon de l'oreille présentent un contraste par rapport à leur environnement immédiat. La modification de leur résistance électrique (ou, plus précisément, la valeur absolue de l'impédance) en est l'expression mesurable. Cette mesure instrumentale donne une valeur physique permettant de noter qu'un point n'est pas une lubie, puisqu'il présente une particularité physique. C'est bien pour cela que cette détection est devenue une référence en auriculothérapie (1-4).

Il n'est pas habituel que soient proposées des explications sur les causes de ce phénomène pourtant bien admis. Nous proposons de répondre sur ce point. Afin que notre réponse soit compréhensible par tous, nous avons choisi de l'intégrer dans une courte revue synthétique et non exhaustive, portant à la fois sur la théorie et la pratique.

---

1. Texte paru dans la revue en ligne ICAMAR n° 1 (2010), paru en 2010 dans *Acupuncture & Moxibustion* 9 (275-280). Reproduit avec l'aimable autorisation des revues *Acupuncture & Moxibustion* et ICAMAR.

## Rappel sur les mesures d'impédance

La peau, milieu complexe, n'est pas l'équivalent d'une résistance parfaite ; en effet, un tissu n'est pas assimilable à un modèle simple. Le modèle équivalent présente des aspects inductifs (comme dans un fil bobiné) et capacitifs (comme dans un condensateur). Dans tout ce qui suit, par abus de langage (et de façon à alléger le texte), impédance signifiera la valeur absolue de l'impédance (qui s'exprime en ohms).

Pour effectuer une mesure, un très faible courant continu circule entre une électrode ponctuelle (dont l'extrémité est appliquée sur la peau de l'oreille du sujet examiné) et une électrode beaucoup plus large (masse tenue à la main par le même sujet). Pour une zone donnée, il peut exister des variations rapides d'impédance, c'est-à-dire qu'un faible déplacement de la sonde peut entraîner des variations importantes d'impédance. La détection est dite différentielle, car la mesure de la valeur de l'impédance cutanée du point d'oreille est réalisée en deux étapes. L'appareil mesure l'impédance du point (une surface d'1 mm<sup>2</sup>), puis l'impédance de son environnement immédiat (un cercle de 2 mm de rayon). Puis le dispositif électronique compare ces deux mesures par rapport à un seuil de sensibilité déterminé par l'utilisateur.

Le consensus mondial admet que les points d'oreille détectés en forte baisse d'impédance sont des points pathologiques. En revanche, les hausses d'impédances ont toujours fait partie du cursus d'enseignement en Allemagne ; elles ont été occultées en France pendant une bonne trentaine d'années.

## Matériel utilisé

Les détecteurs différentiels se sont perfectionnés au fil des ans. Nous en sommes à la quatrième génération :

- dans les années 1970, le Punctoscope® permettait des mesures de hausse d'impédance (3). Il présentait des défauts de jeunesse, dont un manque de souplesse à l'appui des électrodes ;
- le Diascope® ne permettait plus que les mesures en hausse d'impédance dans sa version française. Robuste et simple, il est était limité par une plage de recherche de 2 M $\Omega$  ;
- depuis près de vingt ans, l'Agiscop® est la référence, avec une gamme de recherche plus étendue, de 15 M $\Omega$  (4). Un autre dispositif, le Pointoselect®, présente des propriétés équivalentes ;
- depuis moins de deux ans, nous disposons du Modulo 100®, qui permet un contrôle visuel sur des LED en plus du signal sonore. Ceci permet d'éviter

des erreurs dans l'application des électrodes coaxiales de recherche : le praticien n'a plus qu'à la poser en affinant sa position, sans faire varier le potentiomètre. La plage de recherche est également de  $15\text{ M}\Omega$ . En revanche, les mesures sont plus fiables que pour l'Agiscop®, surtout pour les mesures en hausse d'impédance.

Il faut préciser que les dispositifs actuels comme l'Agiscop® et le Modulo 100® utilisent le même système de mesure différentielle.

## Études italiennes

Ayant étudié les différents détecteurs présents à l'époque sur le marché, Marco Romoli a retenu l'Agiscop® (plus intéressant, plus simple, plus fiable). Il a chargé l'ingénieur Filadelfio Puglisi de l'étudier à fond. Les correspondances notées pour diverses positions du potentiomètre (qui fixe le seuil de sensibilité pour la comparaison avec la mesure différentielle) sont de :  $20\text{ M}\Omega$  pour la position 1,  $5\text{ M}\Omega$  pour la position 2,  $1\text{ M}\Omega$  pour la position 4 (4). En fait, il faut concevoir ces mesures comme des repères, une moyenne plutôt que comme un chiffre constant, du fait que les valeurs varient selon les endroits.

## Petite revue des mesures d'impédance à l'auricule

### Études sur la baisse d'impédance

C'est une application de la loi d'Ohm, sur la résistance au passage d'un courant. Un courant continu de  $5\text{ }\mu\text{A}$  circule entre les deux électrodes. La résistance du milieu intérieur extracellulaire des tissus vivants à son passage est d'environ  $1\text{ K}\Omega$ . En revanche, l'impédance cutanée est variable, de  $50\text{ K}\Omega$  à  $15\text{ M}\Omega$ , pouvant être cent fois supérieure à celle du milieu interne (fig. 1). On recherchera une variation significative en un lieu précis (au  $\frac{1}{2}\text{ mm}$  près). Une relation linéaire a été établie en auriculothérapie : plus la baisse d'impédance est marquée, plus le point est pathologique (2, 4, 5).

Les points à forte baisse d'impédance présentent également une sensibilité à la pression (de  $100$  à  $250\text{ g/mm}^2$ ). Quel que soit leur traitement, coercitif (ASP, aiguille), par l'électricité ou par fréquences lasers, les résultats sont habituellement positifs.

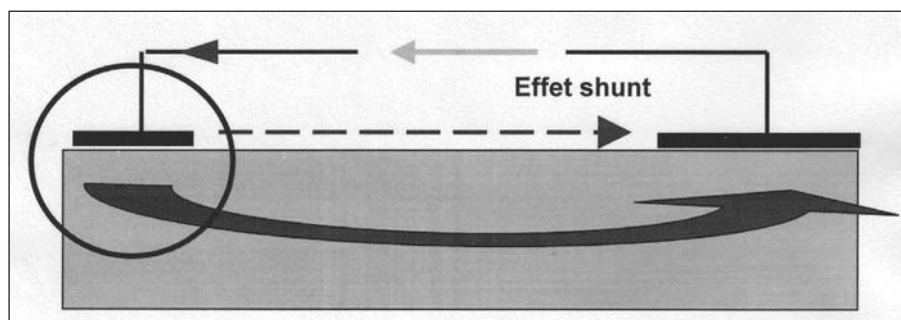


Fig. 1 – Impédance cutanée > 100 fois le milieu interne.

## Études sur la hausse d'impédance

Dans les années 1970, il était fait une assimilation entre : d'une part les mesures en baisse d'impédance (« + ») et en hausse d'impédance (« - ») notées par le Punctoscope, d'autre part les notions de dispersion (à l'argent) et de tonification (à l'or) exprimées en acupuncture traditionnelle. Les Allemands l'utilisent toujours avec satisfaction.

En 1995, Yves Rouxville a noté que les zones dites de fuite énergétique (5) étaient contrôlées en hausse d'impédance. Cette notion, toujours décrite (2), a été confirmée (6, 7).

Filadelfio Puglisi a retrouvé sur l'oreille deux fois plus de points en hausse d'impédance que de points en baisse d'impédance (4).

La hausse d'impédance est bien une réalité physique qu'il serait sot de nier !

## Causes d'erreur dans les mesures

Bossy et Chaput avaient observé que la désinfection à l'alcool faussait les mesures électriques, de même qu'un nettoyage poussé de la peau (8).

Y. Grall a noté que les modifications locales de la vasomotricité, la texture de la peau, la pression et la sudation influent sur la détection électrique. Pour lui, « l'essentiel des effets capacitifs de la peau vient des textures isolantes de la couche cornée » [9].

Parmi les causes d'erreurs dans les mesures, Chatelier a indiqué [10] :

- pour la peau : les modifications de la température, l'activation des glandes sudoripares ;
- les poils, les plis ;
- le mauvais contact électrodes/peau, leur pression trop forte ou trop faible ;
- les 50 périodes : la proximité d'appareils HF ou à champ magnétique

important induit des courants parasites. De plus, les charges électrostatiques engendrées par les moindres mouvements (matières plastiques et tissus synthétiques) sont des causes d'artéfacts.

Plus récemment, Y. Rouxville a précisé que l'on devait jouer sur le potentiomètre, en diminuant la sensibilité dans les zones concaves, en l'augmentant dans les zones convexes (5).

## Études d'évaluation des tests d'auriculomédecine (6, 7, 11, 12, 13)

Perçues immédiatement après un stimulus, de subtiles variations du pouls ont été décrites par Paul Nogier. Elles sont utilisées dans la recherche de points auriculaires (2, 11).

En 1994, une sélection de tests d'auriculomédecine décrits par Paul Nogier ont été confrontés à l'aveugle par Y. Rouxville : la détection par le pouls versus les détections électriques (par l'Agiscop® et par le système expérimental Acus® mis au point par le Pr Sergueï Timochovski) (11). Le système Acus® consistait à relier des micro-électrodes de 0,2 mm de diamètre à un ordinateur ; chaque pose d'un capteur de 1 cm<sup>2</sup> permet des dizaines de mesures à la fois, traduites en image visible sur l'écran de l'ordinateur. La confrontation des mesures à l'aide du pouls, *versus* Acus® et *versus* Agiscop®, a été favorable pour environ 80 % des points détectés.

Pendant deux ans, de 2008 à 2010, Y. Rouxville et ses collaborateurs ont contrôlé un total de 1 282 points, détectés chez 423 sujets détectés par Agiscop® (6, 7), puis Modulo 100® (12, 13). Parmi ces 1 282 points, 753 ont présenté une forte baisse d'impédance (soit une moyenne de 58,7 %). Cette moyenne est générale, car certains tests recrutent plus que d'autres (de 8,3 % à 88,4 % de forte baisse d'impédance). Certains tests recrutent également un taux significatif de hausse d'impédance :

- chez 34 sujets, sur 29 points (0,85 par sujet), 28 sont en forte hausse d'impédance (96,5 %). Il s'agit de points dits de fuite énergétique (6, 7) ;
- chez 20 sujets, l'analyse par l'éclairage des oreilles par les fréquences dites FH (8,74 Hz) et FB (3,75 Hz) recrute 93 points (4,65 par sujet), dont 23 en hausse d'impédance (24,7 %) (12, 13) ;
- dans une nouvelle étude, on a effectué la projection colorée ponctuelle sur les oreilles de 30 sujets. Trois couleurs ont recruté 152 points (5 par sujet) dont 131 ont été contrôlés en forte baisse d'impédance (86 %). Trois autres couleurs ont recruté 102 points chez ces 30 sujets (3,4 par sujet), dont 75 en hausse d'impédance (74 %) !

Ces études concluent que « *Les lois statistiques montrent que les informations détectées par le signal dit du RAC-VAS ne relèvent pas du hasard, sans être pour autant infaillibles.* »

Les « faux points », détectés par le pouls mais non reconnus par l'appareil, se situent dans une fourchette de 5 à 15 % (25 % pour la fréquence de battement). Ces points ne présentant pas une perturbation physiquement décelable peuvent néanmoins avoir un intérêt thérapeutique.

## **Théorie de la détection électrique à l'oreille**

### **Constatations générales**

L'expérience, confrontée depuis des dizaines d'années, montre que le point corporel d'acupuncture est détectable en baisse d'impédance quel que soit l'état de santé, alors qu'à l'oreille le point ne semble confirmé en détection électrique que dans les cas de pathologie ou anomalie.

À l'oreille, plus le point est pathologique, plus la baisse d'impédance est marquée.

### **Petit rappel de neurophysiologie**

Le pavillon de l'oreille entretient des rapports étroits et complexes avec le tronc cérébral (2). On sait également que les influx nerveux provenant du corps transitent par la substance réticulée mésencéphalique avant de parvenir à l'oreille, à l'image d'une boucle de dérivation (2).

### **Analyse histologique des points d'acupuncture** (14)

Dans le cadre de l'Unité 103 de l'INSERM, à Montpellier, l'étude histologique des points d'acupuncture, sur le corps et à l'oreille, conduit à les classer en deux types :

- les complexes neurovasculaires (CNV), plus volumineux et plus complexes, comportent : artériole, veinule, fente lymphatique, fibre cholinergique qui pénètre le vaisseau, résille amyélinique orthosympathique qui entoure le vaisseau. Il y a donc une double innervation : orthosympathique et parasymphathique ! Les CNV sont enchâssés dans un feutrage conjonctif très résistant au passage du courant dans les conditions normales ;
- les points dits neurovégétatifs (NV), plus petits, réduits à une artériole et un nerf.

Dans les deux types, le couple artériole et nerf sympathique est au rendez-vous.

Ils ont également observé :

- une absence de présence particulière des cellules de Langerhans (immunité) et de cellules de Merkel dans les CNV ;
- la grande proximité de l'artériole et du nerf, quasi au contact dans les CNV.

À l'oreille, les points sont plus fréquents le long des grands axes vasculaires. Les CNV sont plus fréquents dans la conque ; à la différence du corps, on ne note pas de résille amyélinique dans les CNV.

## **Structures cellulaires et électricité** (15-18)

La cellule est assimilable à un circuit comprenant, en parallèle, d'un côté un système résistant (l'électrolyte extracellulaire), de l'autre la membrane cellulaire (qui associe une résistance ohmique et une capacitance). Le potentiel de la membrane est de 70 mV en moyenne, le champ électrique de  $10^7$  volts/mètre, la capacitance de l'ordre de  $10^{-13}$  farads, la constance diélectrique de 9. La membrane cellulaire est le siège de phénomènes de résonance provoqués par des stimulations périodiques de nature électromagnétique ou acoustique.

Les concentrations ioniques du secteur intracellulaire et du secteur extracellulaire sont connues. Le courant continu a la propriété de déplacer les ions libres au sein des solutions salines. Tous les ions et toutes les molécules sont animés de mouvement de type brownien, qui amènent des échanges énergétiques et des collisions, avec production de chaleur. Les ions passent également les membranes cellulaires. La cellule est perméable aux champs électriques.

## **Électrogenèse neuronale** (15-18)

Le potentiel de membrane passe de  $-70$  mV à  $+40$  mV en 0,4 seconde sous l'influence d'une variation de la conductance du  $K^+$ , décalée par rapport à celle du  $Na^+$ . Ce changement est déterminé par « la pompe sodium-potassium à adénosine triphosphate » (Hodgkin, 1949). La brièveté de ce changement est à l'origine de l'influx nerveux. En cas d'une importante activité nerveuse, l'activation du nerf efférent faciliterait l'apparition significative d'ions autour des terminaisons nerveuses autonomes impliquées.

## **Variations ioniques autour des terminaisons libres** (15, 18)

Le sérum, les cellules et le milieu extracellulaire sont salés à 9 pour mille.

Les terminaisons nerveuses sont en contact de cellules dont le protoplasme (l'ensemble des substances) comporte 70-85 % d'eau contenant les électrolytes



(K, Mg, P, S, bicarbonates, Na, Cl, Ca). Ces électrolytes pourront être ionisés au gré des circonstances.

La vie est un phénomène en permanence auto-entretenu et autorégulé. L'activité rime avec le tonus et la vitalité, alors que l'inactivité est l'image de la caducité et de la mort. Il existe une activité permanente d'analyse et de réponses aux stimuli environnementaux (externes et internes) afin de maintenir l'homéostasie, de préserver le bon fonctionnement des organes et d'assurer la survie de l'individu. Il est donc compréhensible de retrouver systématiquement un taux basal d'ions autour des terminaisons autonomes (fig. 2A : ionisation de base). Le système autonome est constamment en régulation ; on peut comparer ceci à un « bruit de fond ».

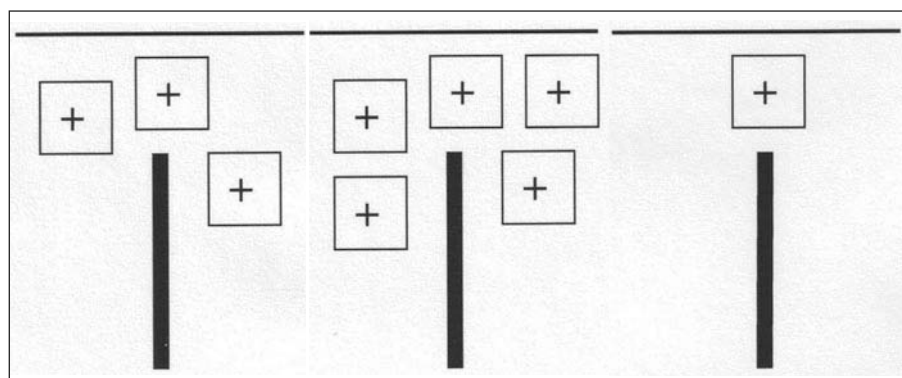


Fig. 2A – Ionisation de base.

Fig. 2B – Charge ionique.

Fig. 2C – Décharge ionique.

## En cas de pathologie ou de trouble

Tout se passe comme si l'activation du circuit nerveux entraînait une augmentation d'ions dans le territoire sous-cutané correspondant au point (fig. 2B : charge ionique). Le bruit de fond manifesté par une activité permanente serait fortement augmenté ; le gradient augmente.

Tout se passe également comme si l'inhibition du circuit nerveux entraînait une diminution d'ions dans ce territoire sous-cutané (fig. 2C : décharge ionique). Nous trouvons alors à un niveau inférieur au bruit de fond, plus bas que la situation basale, le gradient diminue.

La présence d'ions a pour corollaire logique une possibilité d'existence d'un petit courant électrique à cet endroit. Or, les courbes retrouvées à l'oscilloscope par Claudie Terral, avec un matériel de recherche, laissent entendre que le point d'acupuncture pourrait être générateur de courant électrique, voire émetteur des biophotons (14) !

## Vasoconstriction ou vasodilatation ?

À la lecture des travaux d'histologie de Montpellier, la voie vasculo-nerveuse est bien l'explication de la détection électrique à l'oreille. Une vasoconstriction (ou une vasodilatation) expliquerait une modification ionique significative à ce lieu précis.

Cela corrobore diverses observations cliniques d'Yves Rouxeville :

- la difficulté à retrouver le point zéro pour étalonner le détecteur chez les patients en état de vagotonie ;
- une majorité de points en hausse d'impédance chez les patients en état de vagotonie (liée à l'état mental, à la fatigue ou en réaction à des conditions météorologiques). Dans ce cas, la détection montrant que le même patient peut avoir une formule différente un autre jour, une variation de gradient ionique locale ne peut être écartée !

## Hausse d'impédance, ou baisse d'impédance de l'environnement ?

En pratique, de nombreuses personnes s'insurgent contre la hausse d'impédance : ces gens se réfèrent par rapport au strict point. Les mesures, il faut le rappeler sont un ensemble de deux mesures comparatives : le point et son proche environnement.

La pathologie peut fort bien ne pas se focaliser sur un point de 0,5 mm de diamètre. La cybernétique nous permet de comprendre que le point peut avoir une polarité variable, « intelligente » et manifester soit une défense soit une compliance.

La baisse d'impédance de son environnement conduit l'appareil à indiquer une hausse d'impédance du point. Retenons qu'il y a deux variables dans les mesures !

## Discussion

### Cette théorie est novatrice

L'histologie conduit à repenser une idée reçue : le point serait bien l'expression d'un témoignage de réponse par les voies végétatives (efférentes), et non pas d'analyse des messages périphériques par les mécanorécepteurs (afférences sensorielles).

Agir sur les voies sensibles pour neutraliser une douleur implique de créer un brouillage, une manipulation sur une autre zone proche, comme l'a décrit Le Bars pour les CIDN (contrôles inhibiteurs diffus induits par stimulation nociceptive) (15, 18).

La vasoconstriction pourrait être reliée à une baisse d'impédance sur ce point, alors que la vasodilatation pourrait être reliée à une hausse d'impédance. Classiquement, l'adrénaline produit une vasoconstriction des vaisseaux périphériques alors que l'acétylcholine produit une vasodilatation.

Si l'acétylcholine est bien vasodilatatrice, il faut tempérer une conception manichéenne selon l'effet, l'adrénaline serait purement vasoconstricteur. Car l'adrénaline est ambivalente : par les récepteurs 1 elle provoque bien une vasoconstriction des vaisseaux, par les récepteurs 2 elle crée une vasodilatation des vaisseaux (18).

Une concentration variable d'ions, un gradient, pourrait aussi expliquer une modification significative de la résistance au passage d'un courant continu au niveau d'un point cutané.

Par ailleurs, le rôle du tissu conjonctif est à envisager, comme le suggère McLaren (19) car il est largement constitué de collagène, lui-même composé de structures cristallines à la fois piézo- et pyro-électriques. Lorsqu'un point d'acupuncture est stimulé, l'altération des potentiels cutanés produit une stimulation nerveuse et cérébrale, avec modification des neuromédiateurs tels que noradrénaline et 5HT. Le niveau d'énergie ionique des tissus environnants reste modifié de 32 à 48 heures après la stimulation. Cette variation peut aussi participer à l'explication des variations d'impédance, en relation avec le temps de rétablissement homéostatique.

Cette théorie se base en partie sur des phénomènes biophysiques, la base explicative des données biochimiques, lesquelles expliquent la biologie et la physiologie.

## **Point de la douleur provoquée**

Dans les formations en auriculothérapie, il est habituel d'effectuer des expériences dites de douleur provoquée dès le premier jour (2). Un point douloureux à la pression apparaît en un endroit précis de l'oreille, en général 60 à 90 secondes après avoir débuté une stimulation nociceptive (la pince à linge sur la peau du genou). L'explication apportée par René Bourdiol à ce phénomène (3) ne subit aucune discussion : c'est la voie autonome qui est responsable (très certainement un spasme artériolaire réflexe). Cette expérience avait été trouvée et décrite par Paul Nogier ; il nommait mal « la douleur évoquée ».

Paul Nogier, dans son Cours supérieur d'auriculomédecine, nous a enseigné la technique du « point induit », une variante de ce modèle : la détection électrique du point tragal apparu 60 à 90 secondes après la pose d'une cigarette sur la main du sujet (20) !

## Application en pratique

Dans notre pratique, à l'inverse des Chinois, nous utilisons peu de points de la conque. Cependant, un taux très significatif des points que nous utilisons est contrôlé en détection électrique ! Seules les différences de pratique et de conception générale de l'auriculothérapie peuvent expliquer cette différence.

Une poursuite des études d'évaluation citées serait à mener pour tenter une nouvelle explication du phénomène dit des phases (2, 11), permettant de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse émise en 1997 par Y. Rouxville : une fréquente corrélation entre des points de phase et des perturbations du transfert de l'influx nerveux (20) !

## Cette théorie n'est pas en opposition avec la pensée chinoise

Il faut bien comprendre que le niveau d'ionisation basal ne peut en aucun cas être au zéro chez les organismes vivants, qui ne sont ni des minéraux ni des produits manufacturés. En quelque sorte, le niveau basal traduirait l'activité métabolique de repos, de la vie courante. Les hausses d'impédance par rapport au repère basal sont un fait physique ne pouvant être nié, en application du proverbe chinois bien connu : *Le sage montre la lune* (on connaît la suite).

La pensée chinoise est d'ailleurs une excellente gymnastique mentale pour faciliter la compréhension de la neurophysiologie et de la physiopathologie. Roche-Bruyn (pionnier dans la comparaison entre le corps humain, l'acupuncture et un ordinateur) a montré l'intérêt de la cybernétique, « *science qui étudie les mécanismes de communication et de contrôle dans les machines et chez les êtres vivants* » (21).

Charles Auffray, directeur de recherches au CNRS, l'un des acteurs du Programme Génome humain, estime que « *La conjugaison de concepts, de méthodes et de produits issus de la pensée et des pratiques scientifiques et médicales occidentales et orientales est une voie prometteuse... L'enjeu est de taille : il s'agit, sans renoncer aux succès éclatants du réductionnisme cartésien, à l'origine du développement de la science occidentale depuis près de quatre siècles, de bénéficier des apports d'une approche globale du monde vivant inscrite dans la tradition millénaire de la culture orientale ?* » (22).

Plus récemment, dans une revue favorable à la civilisation européenne, Paul Masquelier rappelle que la Chine présente « *une civilisation trois fois millénaire dont les écoles philosophiques ont beaucoup à nous apprendre aujourd'hui* » (23).

## Une relation avec la mécanotransduction ?

Jean-Marc Stéphan précise que la réponse d'une cellule dans le tissu conjonctif, à un stress mécanique tel l'insertion d'une aiguille d'acupuncture, passe par une cascade de régulations impliquant la mécanotransduction (24). Les protéines du cytosquelette des fibroblastes permet la sécrétion de nombreuses molécules informationnelles (25). Ce fait permettant une compréhension de l'effet thérapeutique de l'aiguille ne doit pas être méconnu, même si notre préoccupation reste de l'ordre de la détection.

## Pour une reprise des études menées depuis deux ans

Le Pr Jean Bossy (1929-2009) avait insisté sur l'innervation de l'oreille, en 1991 à Alba-la-Romaine. De manière très didactique, il nous avait précisé que l'anthélix et l'antitragus (orthosympathiques) sont convexes, alors que la conque (parasympathique) est concave (2).

Nous reprendrons l'analyse des points détectés par le RAC puis contrôlés par détection électrique, lors des études menées depuis deux ans. Cette fois, nous les classerons par localisation topographique et non plus par type de détection. Quels seront les résultats ? Il sera instructif de noter si les points détectés sur la conque, le lobule ou le tragus sont, statistiquement, en majorité contrôlés soit en forte (ou faible) baisse d'impédance, soit en hausse d'impédance !

## Vers des études multicentriques

Au plan scientifique et de la démarche en médecine expérimentale initiée par Claude Bernard, il est nécessaire de pouvoir reproduire les expériences de la même manière, en évitant les biais, ces fautes humaines ou de méthodologie.

Afin d'éliminer le facteur individuel, ces études devront être multicentriques, réalisées par de seuls collègues experts en la matière. Des protocoles devront définir les méthodes de travail dans la recherche du point en auriculothérapie, dans la prise du RAC-VAS, dans la pratique des tests en auriculomédecine, avec un contrôle fait par le même dispositif médical.

Les résultats notés lors des études d'évaluation des tests d'auriculomédecine (*« Les lois statistiques montrent que les informations détectées par le signal dit du RAC-VAS ne relèvent pas du hasard, sans être pour autant infaillibles »*) incitent tout particulièrement à reprendre au moins les études les plus significatives (13).

L'avancement des recherches fondamentales sur le RAC-VAS étant au point mort depuis une vingtaine d'années, une évaluation indirecte est une preuve attendue. Un point détecté par le RAC-VAS et contrôlé en détection électrique est bien la preuve que la perception clinique est objectivée par l'appareil.

Composé de personnes favorables à l'auriculomédecine et à l'auriculothérapie, notre groupe unit pour moitié des médecins et des non-médecins. Les médecins sont le directeur et l'ancien directeur de la Commission d'auriculothérapie de la F.A.FOR.ME.C. ; ils sont enseignants au Module d'auriculothérapie (DIU-Capacité d'acupuncture à l'université de Nantes) ; ils ont été tous les deux des élèves directs de Paul Nogier. La formation universitaire de tous les membres de notre petit comité garantit une qualité de discussion scientifique. Ce groupe est donc légitime pour établir des protocoles d'études multicentriques, comme le font d'autres équipes qui travaillent avec leurs propres comités scientifiques.

Nous aurons la tâche difficile d'éviter des biais en incluant aux données classiques (13) l'horaire des mesures pour un possible rythme circadien : Jeanne Rousseau a montré en 1956 que l'ionisation de la salive et de l'urine est maximum à 4 heures et minimum à 20 heures (26). De même, on ne pourra ignorer les données météorologiques : Y. Rouxville a noté des perturbations significatives des mesures d'impédance électrique à l'oreille, par temps orageux ou tempête.

Nous débiterons par contrôler ce qui est admis, en baisse d'impédance. Ensuite, nous tenterons de corréliser certaines détections avec le RAC-VAS et les points en hausse d'impédance. Nous devons le faire, pour faire taire les voix de réels inquisiteurs niant toute véracité à la hausse d'impédance. La Terre est-elle ronde ou plate ?

## Conclusion

Ces études multicentriques pourront confirmer ou infirmer, totalement ou en partie, les études d'évaluation des tests d'auriculomédecine menés depuis deux ans. Elles déboucheront sur un enseignement plus académique et sur une pratique plus affinée.

## Références

1. Nogier PFM (1969) Traité d'auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
2. Rouxville Y, Méas Y, Bossy J (2007) Auriculothérapie, Acupuncture auriculaire. Springer-Verlag France, Paris
3. Bourdiol RJ (1980) Éléments d'auriculothérapie. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
4. Romoli M (2010) Auricular Acupuncture Diagnosis. Churchill Livingstone Elsevier, London
5. Rouxville Y (1995) La détection électrique. Cahiers de Biothérapie 133 : 75-8

6. Rouxville Y, Méas Y (2008) Auriculothérapie. Le RAC-VAS, contrôle de sa mise en évidence. *Acupuncture et Moxibustion* 7 : 239-43
7. Rouxville Y, LeBel MR, Méas Y, Trabelsi D (2009) Monitoring the diagnosis of auricular points: contrasting the performance of the VAS and the electrical detector. Symposium International d'Auriculothérapie et d'Auriculomédecine, Bologne
8. Bossy J, Prat-Pradal D, Taillandier J (1984) Les microsystèmes de l'acupuncture. Masson, Paris
9. Y. Grall (1972) Nouvelles recherches sur l'impédance de la peau. XVI<sup>e</sup> Congrès International d'Acupuncture (Baden-Baden). Maisonneuve SA, Moulins-lès-Metz, p. 137-47
10. Chatelier (1972) Causes d'erreur dans la mesure en biologie en particulier au niveau des téguments. XVI<sup>e</sup> Congrès International d'Acupuncture (Baden-Baden). Maisonneuve SA, Moulins-lès-Metz, p. 83-92
11. Rouxville Y (2000) Acupuncture auriculaire personnalisée. *Sauramps médical*, Montpellier, p. 35-41, 84-5, 128-30
12. Rouxville Y, LeBel MR, Méas Y, Trabelsi D (2009) Auriculothérapie : un nouveau contrôle du RAC-VAS par détection électrique. *Acupuncture & Moxibustion* 8 : 235-9
13. Rouxville Y, LeBel MR, Méas Y, Trabelsi D, Ghattas S (2010) Bilan de deux années d'évaluation des tests d'Auriculo-Médecine décrits par Paul Nogier (*versus* détection électrique). *Acupuncture & Moxibustion* 9 : 188-95
14. Terral C (2009) Douleur et Acupuncture. *Sauramps médical*, Montpellier
15. Roques CF (1997) Pratique de l'électrothérapie. Springer-Verlag France, Paris
16. Dumoulin J, de Bisshop G (1987) Électrothérapie. Maloine, Paris
17. Chantraine A (1982) Médecine physique. Masson, Paris
18. Limoge A, Limoge-Lendais I (1993) Neurophysiologie générale, régulations et comportements. Masson, Paris
19. McLaren B (1006) Photonic Acupuncture. Thesis, RMIL, Melbourne
20. Rouxville Y (2009) Index des cours effectués par le Dr Paul Nogier du 27 février 1981 au 9 juillet 1994. Peut être consulté sur [www.biblio.auriculo.fr](http://www.biblio.auriculo.fr)
21. Roche-Bruyn E (1972) Cybernétique en médecine moderne. XVI<sup>e</sup> Congrès International d'Acupuncture (Baden-Baden). Maisonneuve SA, Moulins-lès-Metz, p. 227-35
22. Auffray C (2004) Qu'est ce qu'un gène ? Les Petites Pommes du Savoir. Le Pommier, Paris
23. Masquelier P (2010) Pour réapprendre à penser avec la Chine. *Éléments* 134 : 56-9
24. Stéphan JM (2006) Acupuncture, tissu conjonctif et mécanotransduction. *Acupuncture & Moxibustion* 5: 362-7
25. Stéphan JM (2007) Acupuncture, récepteurs transmembranaires à tyrosine-kinases, à cytokines et traduction et mécanotransduction. *Acupuncture & Moxibustion* 6: 79-86
26. Vincent LC (1972) Bio-électronique et Acupuncture. XVI<sup>e</sup> Congrès International d'Acupuncture (Baden-Baden). Maisonneuve SA, Moulins-lès-Metz, p. 273-92

# Programmes d'auriculothérapie antitabac (extraits)<sup>1</sup>

Y. Rouxeville

L'auriculothérapie provoque un dégoût du tabac et une diminution du besoin de fumer. Différents programmes d'auriculothérapie permettent un sevrage du tabagisme. Bien que les recettes (schémas simples éprouvés) permettent d'obtenir un bon nombre de résultats, on peut aussi proposer un traitement individualisé, personnalisé.

## Quels sont les programmes d'auriculothérapie antitabac ?

### Premier programme antitabac

En 1973, Paul Nogier a mis au point un programme utilisant onze aiguilles, dont cinq en molybdène, deux en argent et quatre en acier. Dix aiguilles sont placées à l'oreille droite du droitier (fig. 1). Les points importants sont les deux points zéro, le point épiphyse, le point d'agressivité, le point du Darwin, le point de la décussation et le point du PCS.

Les aiguilles étaient posées pendant quinze minutes. Une séance permettait le sevrage deux fois sur trois. Exceptionnellement, une seconde séance était effectuée au bout d'une quinzaine de jours. Ce programme a permis le sevrage de très nombreux fumeurs. Selon Paul Nogier, il agissait au niveau cellulaire (1).

### Premiers programmes antitabac avec ASP <sup>(2)</sup>

Les petites aiguilles semi-permanentes (ASP), fichées dans le derme pendant une à deux semaines, ont une efficacité supérieure aux simples aiguilles.

---

1. Rouxeville Y (2007) Quels sont les programmes d'auriculothérapie antitabac ? Cahiers de Biothérapie, n° 204, p. 66-71. Reproduit avec l'aimable autorisation des Cahiers de Biothérapie.



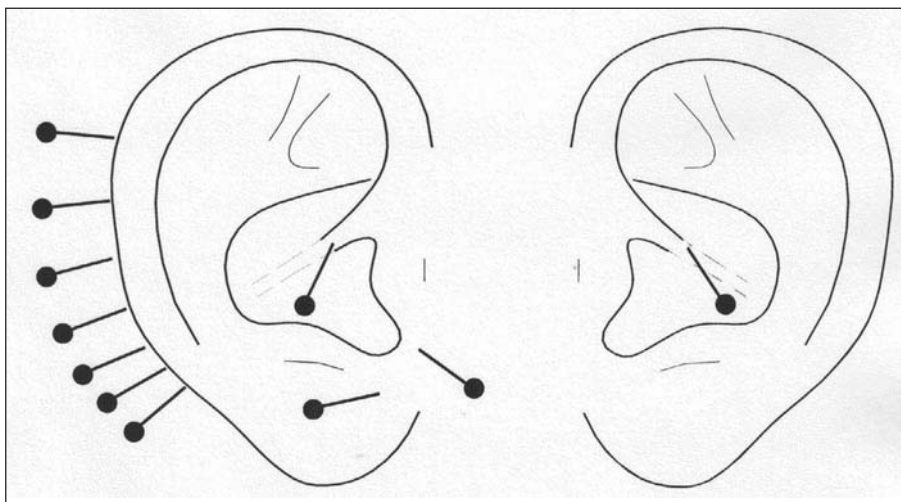


Fig. 1 – Programme antitabac chez le droitier (1974).

Le premier programme avec les ASP a été nommé « programme Delta » par Nogier. Le terme est lié au traitement, trois points en triangle équilatéral à l'oreille droite du droitier. Deux points sont fixes (agressivité et antitragus). Le troisième est soit au tragus, soit au bord du lobule (fig. 2).

Il était également possible de faire un programme symétrique, en posant une ASP au même endroit dans la conque à l'oreille droite et à l'oreille gauche (flèche).

En cas d'échec avec un programme, on utilisait l'autre. Les résultats ont semblé un peu meilleurs qu'avec le programme initial.

Puis d'autres programmes avec ASP ont été décrits (3, 4).

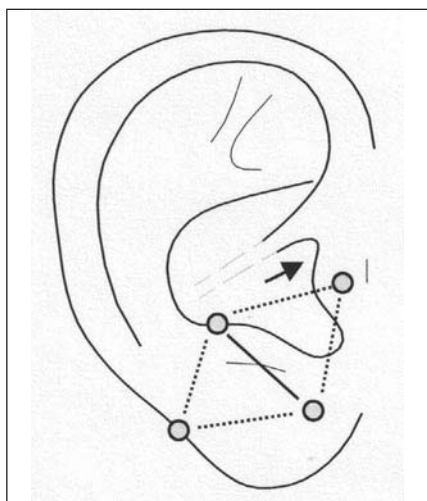


Fig. 2 – Programme Delta (1977).

## Programme américain

Dans un certain nombre de pays au monde, on utilise le programme américain Acudetox de la NADA avec cinq points : Shen Men, Sympathique, Rein, Foie, Poumon<sup>2, 3</sup>.

## Programme chinois (5)

On pique les points Shen Men, « bouche » et « poumon », puis l'on pose des graines de *semen vaccariae* sur ces points et sur les points « trachée », « faim » et « endocrine », que les gens massent 100 fois de suite quatre fois par jour.

Quels sont les faits observés après ce traitement ?

## Évaluation médicale

De très nombreux essais comparatifs randomisés (ECR) incluent l'auriculothérapie dans l'acupuncture (acupuncture auriculaire). Les méta-analyses en tiennent compte. L'efficacité de l'auriculothérapie associée à l'acupuncture somatique est ainsi montrée : elle permet ainsi que les ECR soient plus probants (6).

L'ANAES (devenue actuellement la Haute autorité de Santé) a évalué favorablement l'acupuncture (toutes techniques confondues) dans les conduites addictives. Les aiguilles sont une indication au sevrage tabagique (en début de sevrage), à l'alcoolisme (traitement adjuvant), à la toxicomanie (traitement adjuvant, héroïnomanie exclue).

## Ce que rapportent les malades ainsi traités

Indéniablement, les aiguilles ont un effet sur le goût du tabac et sur le désir de fumer. Les aiguilles auriculaires provoquent soit un dégoût du tabac, soit un manque de besoin de fumer. D'ailleurs, tenter de fumer après une séance est souvent mal ressenti avec de désagréables effets neurovégétatifs (nausées, vertiges, palpitations, ou pâleur).

Les fumeurs notent que le sevrage est plus facile qu'ils ne le prévoyaient. Après l'arrêt, de jour en jour on se sent mieux, parfois avec une boulimie compensatrice. En outre, il n'est pas rare que les anciens fumeurs ressentent la nécessité de faire nettoyer leurs vêtements dont ils ne supportent plus l'odeur !

2. Romoli M (2003) *Agopuntura Auricolare* (2003) Utet Torino, p. 316-29.

3. White A, Cummings M, Filshie J traduit par Stéphan JM (2011) *Précis d'acupuncture médicale occidentale*. Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux (2011).

La gêne au plexus solaire, sensation parasympathique liée au manque, est généralement notée au bout d'une semaine, de façon variable. L'humeur est généralement modifiée, ce qui justifie le traitement préventif du point d'agressivité. Au bout d'une semaine, les relations familiales ou professionnelles sont plus sereines.

À titre anecdotique, une vendeuse m'a rapporté un « effet collatéral » insolite : ses collègues avaient remarqué qu'elle était plus souriante et plus cool, à chaque arrêt du tabac par auriculothérapie, si bien que les clients hommes étaient plus entreprenants !

## **Comment s'explique l'action de l'auriculothérapie ?**

Comme l'acupuncture, l'auriculothérapie est classée au sein des réflexothérapies. C'est-à-dire que son effet est rapporté agir par l'intermédiaire du système nerveux. Or, les liaisons privilégiées entre le pavillon de l'oreille, le tronc cérébral et le cerveau sont bien connues.

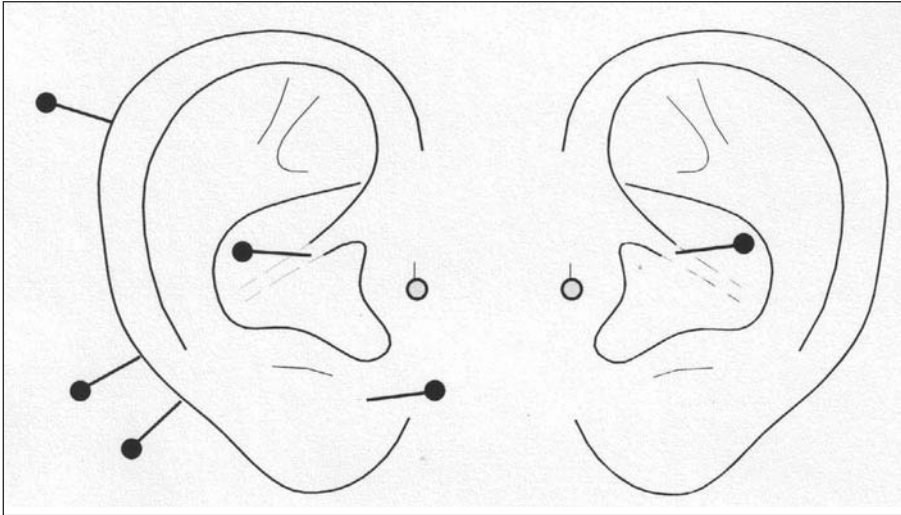
Cette action implique le cortex préfrontal, et tout particulièrement le système limbique. La boucle de Papez (décrite comme « le circuit du plaisir ») est impliquée en priorité lors du traitement des conduites addictives. Elle est sous influence de la dopamine.

Dans un second temps, on observera une normalisation de l'équilibre neuro-végétatif. En effet, si le tabac provoque une sensation passagère de bien-être, il s'ensuit une réaction parasympathique avec morosité qui pousse à fumer de nouveau. C'est l'un des effets-drogue du tabac (1, 7).

## **Quelles sont les zones auriculaires à contrôler et traiter ?** (3, 4, 7, 8)

### **Les points-maîtres prioritaires pour le sevrage** (fig. 3)

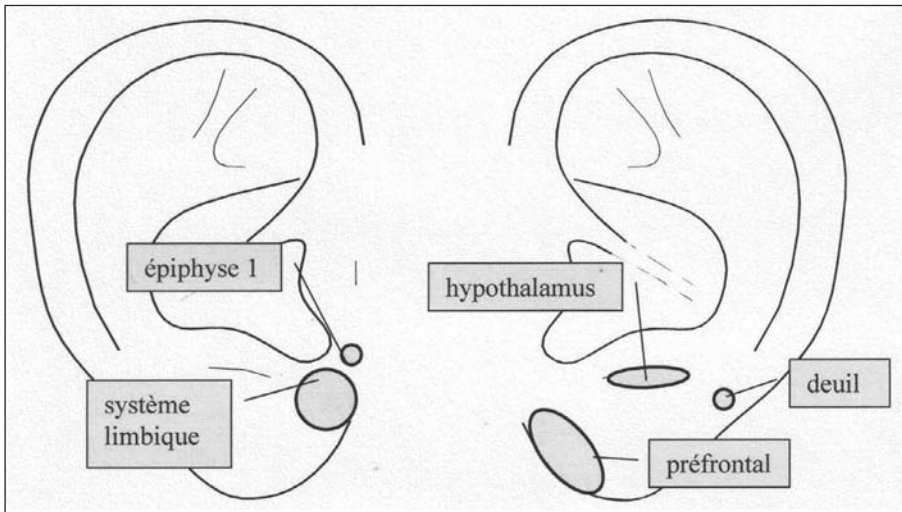
Le point zéro prime (ASP) bilatéral, le point zéro bilatéral, le point de décussation, et/ou le point du PCS, et/ou le point du Darwin du côté de la latéralité, le point d'agressivité.



**Fig. 3** – Points-maîtres auriculaires prioritaires pour le sevrage du tabac.

### **Les zones des fonctions cérébrales, utiles après le sevrage** (fig. 4)

- La zone du préfrontal (ASP).
- Les zones décrites comme correspondant au système limbique et à la boucle de Papez.
- Les points d'adaptation : hypothalamus (ASP), ACTH 2 (point dit “de deuil”), épiphyse 1.



**Fig. 4** – Zones des fonctions cérébrales, utiles après sevrage du tabac.

Tous les points détectés sur ces zones (points-mâtres, fonctions cérébrales, adaptation) seront traités. L'effet sera plus complet qu'avec les points recettes, car la rupture avec le tabac est un stress important, à double titre : l'arrêt d'un plaisir frisant l'interdit, l'arrêt d'un toxique qui perturbe le système neurovégétatif. Les points d'adaptation seront ainsi une aide précieuse et personnalisée au sevrage.

## Constatations médicales

En trente ans de pratique, nous avons observé deux constantes.

Le fumeur aura de bien meilleurs résultats s'il se prend réellement en charge. Il est préférable qu'il prenne lui-même rendez-vous, au lieu de faire effectuer cette démarche par son conjoint.

Alors que l'auriculothérapie est bien souvent efficace dans le traitement du tabagisme, elle est habituellement peu opérante pour les polyaddictions (tabac plus alcool, ou tabac plus drogue). De même, chez les fumeurs traités par anti-dépresseurs, il est préférable de traiter en priorité l'état dépressif, pour diminuer l'antidépresseur avant d'envisager l'arrêt du tabac.

Les fumeurs ne se comportent pas tous de façon identique lors du sevrage du tabac : l'auriculothérapie aide profondément ceux qui le souhaitent, et sera peu opérante chez ceux qui font un essai pour se donner bonne conscience.

L'arrêt du tabac doit être immédiat après la séance. Après cet arrêt du jour au lendemain, certains fumeurs tiendront des mois ou des années. D'autres vont ressentir le besoin de reprendre le tabac après quelques semaines d'abstinence. Ils pourront se limiter à la moitié de leur consommation antérieure. Une nouvelle séance va permettre une diminution progressive. Cette façon de travailler en plusieurs fois est fréquente chez les fumeurs à note dépressive.

De même, on saura ne pas décourager l'ancien fumeur ayant rechuté au niveau initial, en raison des circonstances, ou par manque de volonté. On fait une nouvelle tentative.

## Conseils apportés en complément <sup>(4, 3, 7)</sup>

Dans notre pratique, nous avons choisi de n'associer ni patches ni bupropion. En revanche, nous ajoutons systématiquement un soutien par homéopathie, ainsi que des vitamines à visée antiradicalaire.

Il est important de rappeler au fumeur que le sevrage est possible, même s'il n'est pas facile. L'arrêt du tabac nécessite un effort sur soi, et le résultat à terme est obtenu par le fumeur qui peut se prendre en charge.

Il est facile de se libérer d'une habitude ; en revanche, se libérer de l'esclavage est ardu. Pour réussir le sevrage du tabac, mieux vaut être à deux : le médecin et l'intoxiqué. Dans ce challenge, l'ancien fumeur sait que le gain en termes de santé est évident, sans oublier le porte-monnaie. La priorité est de résister aux tentations, jour après jour.

Effectivement, après l'arrêt du tabac, on se sent de mieux en mieux de jour en jour. On respire mieux, la langue est moins pâteuse, la tête est plus légère. C'est la bonne occasion pour utiliser cette période de mieux-être. On en profitera pour changer sa vie de façon positive : se remettre au sport, diminuer la consommation d'alcool, etc.

Le fait de se trouver plus en forme ne doit pas être une bonne raison pour augmenter la ration alimentaire. Ceux qui ne mastiquent pas leurs aliments seront plus sujets à une prise de poids liée à leur gloutonnerie !

À terme, il ne faut pas céder au chant des sirènes. C'est à ce moment qu'intervient la seule volonté pour résister aux bons amis. Inévitablement, des fumeurs proposeront un mauvais service : « *Ce soir c'est la fête. Reprends donc une cigarette, juste une clope !* » On ne peut s'empêcher de penser que la réussite contre le tabac serait mal vécue par certains pervers et jaloux, qui manifestent une jubilation secrète à vous faire céder !

## Cas cliniques

Se référer aux cas cliniques présentés dans notre précédent livre<sup>4</sup>.

### Références

1. Nogier P, Nogier R (1979) L'homme dans l'oreille. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
2. Nogier PFM (1977) Introduction pratique à l'auriculothérapie. Maisonneuve, réédité par Satas, Bruxelles
3. Nogier R (2000) Auriculothérapie 1<sup>er</sup> degré. Sauramps médical, Montpellier
4. Leclerc B (1994) Précis d'auriculothérapie. Leclerc, Nevers
5. Castera P (2002) Bibliographie commentée. Essais contrôlés randomisés en acupuncture. *Revue Acupuncture & Moxibustion* 1: 55-7
6. Castera P, Nguyen J, Gerlier JL, Robert S (2002) L'acupuncture est-elle bénéfique dans le sevrage tabagique, son action est-elle spécifique ? Une méta-analyse. *Revue Acupuncture & Moxibustion* 1 : 76-85
7. Nogier R (1993) Introduction pratique à l'auriculomédecine. La photoperception cutanée. Haug, Bruxelles
8. Natom Auriculo 1.2PC (2006) logiciel d'imagerie didactique. Geckomédia, Castelnau-le-Lez

4. Rouxville Y, Méas Y, Bossy J (2007) Auriculothérapie auriculaire. Springer-Verlag France, p. 243-4.

# Quelques observations

Y. Rouxville

## Correspondances tragus-pavillon<sup>1</sup>

Il me semble que la face externe de tragus correspondrait à la face postérieure du pavillon, tandis que le sous-tragus refléterait la face antérieure du pavillon. Toujours le couplage de points...

## Ma première expérience d'auriculothérapie<sup>2</sup>

Fin 1972, je fus appelé vers 6 heures du matin d'urgence chez un patient habituel qui présentait une névralgie sciatique hyperalgique droite.

Ce septuagénaire était un coronarien instable sous anticoagulants. Les ressources de la médecine chimique de l'époque (*per os* ou injectable) étaient fort restreintes dans ce cas.

Débutant depuis un an l'acupuncture élémentaire, je ne pouvais utiliser l'autre jambe pour « la grande piqûre » : elle était absente.

En effet, mon patient, ancien aviateur, avait reçu une balle explosive en 1917 à Salonique. Il fut amputé en 1932 (avec un tétanos postopératoire, en prime).

Depuis six mois, je potassais le *Traité d'Auriculothérapie* du Dr Nogier, ainsi que le numéro spécial des *Cahiers de Biothérapie* écrit par les Drs Bourdiol et Noël. J'avais également fait l'acquisition d'un Stigmascope®.

Ce fut cette nuit que je me servis pour la première fois de cet appareil : il fallait bien faire quelque chose pour soulager ce malade hyperalgique !

Cherchant le point de la sciatique à l'endroit conseillé (le « point Barrin »), rien ne se manifesta. Mais un mouvement imprévu, alors que j'étais à califourchon sur

---

1. Parue dans le n° 16 de la revue Auriculomédecine, en juillet 1979.

2. Parue dans le n° 28 de la revue Auriculomédecine, en juillet 1982. Reproduit avec l'aimable autorisation de la revue Auriculomédecine.

le lit, me fit trébucher ; la pointe chercheuse se déplaça de près d'un centimètre, la lumière est passée au rouge et l'appareil a sonné. C'était le bon point !

Je connectai alors en mode thérapeutique, sans prendre garde au réglage de l'intensité. Le patient cria en me qualifiant de « gestapiste » ; ce terme n'était pas rien en sa bouche, car son frère cadet avait été « le premier fusillé de France » ! Mais il fallait bien faire quelque chose, et le résultat fut instantané ! Le patient, soulagé, en est resté reconnaissant ; il a pu se rendre à 10 heures à son rendez-vous chez le cardiologue !

Ce point, découvert providentiellement pour cette première expérience d'auriculothérapie, m'a toujours apporté des résultats fiables. Il est situé sous l'anthélix, au niveau de la représentation sacro-coccygienne (ganglion paravertébral).

J'ai toujours gardé une reconnaissance envers le traitement électrique des points auriculaires. Cette modalité thérapeutique a été éclipsée au cours supérieur d'auriculomédecine du Dr Paul Nogier, comme dans de nombreux enseignements d'auriculothérapie, alors qu'il s'agit d'un mode de stimulation du point d'acupuncture reconnu par l'Assurance maladie.

## Maladie de Raynaud<sup>3</sup>

En novembre 1975, une femme âgée de 47 ans consulte pour un syndrome de Raynaud particulièrement intense, apparu depuis un an passé et se manifestant aux deux mains et aux deux pieds. Elle avait vainement consulté un bon nombre de praticiens. À la demande du médecin-conseil de la Sécurité sociale, elle avait été hospitalisée dans un service de Centre hospitalier universitaire proche.

Elle présentait depuis un an, sous le gros orteil droit, une zone gangrenée de près d'un centimètre carré, rebelle à toute thérapeutique. Des petites zones de gangrène se manifestaient aussi sur les deux orteils voisins. Tout ce qu'on lui proposait était l'amputation selon la technique dite de « la rondelle de saucisson » ; elle s'y refusait !

Tous les quinze jours, j'ai effectué le traitement suivant : point d'épiphyse à droite (à l'or), point dit du PCS à droite (à l'or), point de l'antitragus droit (à l'or, plus les sept fréquences de l'EMS), zone du gros orteil à droite : plusieurs aiguilles d'or, ainsi que la projection magnétique des fréquences U, A, B, D, E de l'EMS, point zéro à droite (à l'or), point zéro prime à droite (à l'argent), tout en associant la projection magnétique des fréquences U, A, B, D, E de l'EMS sur la zone de nécrose (sous le gros orteil droit).

Quatre séances ont été effectuées ainsi, tous les quinze jours. À chaque fois, la patiente ressentait, six heures après la séance, un réchauffement du pied et une

---

3. Paru dans le n° 29 de la revue Auriculomédecine, en octobre 1982.



certaine détente générale. Deux autres séances ont permis une consolidation ; le pied et tous ses orteils ont repris un aspect normal et chaud.

Lors d'une convocation pour un tout autre sujet à la Sécurité sociale, le médecin-conseil si charitable lui demanda des nouvelles de son pied. Elle le montra et raconta les soins pratiqués. La réponse du bon confrère fut sèche : « *Cela prouve bien que c'était nerveux !* ».

Depuis, une à deux fois par an, je suis amené à refaire ce traitement. Une seule séance suffit, en règle générale.

Le grand intérêt de cette observation est son caractère mesurable. À l'époque, on ne savait pas mesurer l'intensité d'une dépression, d'une douleur ou d'un asthme ; en revanche, on pouvait mesurer la taille d'une plaque de gangrène fixée depuis un an !

**QUATRIÈME PARTIE**

**L'AURICULOMÉDECINE**

Onze ans après la parution du livre *Acupuncture auriculaire personnalisée*, ce chapitre en est un complément.

- L'auriculomédecine est une médecine de l'information : un microstimulus est compris comme une relation physiopathologique plus ou moins précise. L'informatique, la cybernétique et la physique quantique permettent de comprendre cet ensemble de techniques inhabituelles en médecine conventionnelle, alors que l'auriculothérapie entre dans le champ de la physiologie.
- Cette discipline est basée sur l'étude clinique des modifications du pouls (RAC, ou RAC-VAS) survenant aussitôt après divers microstimuli.
- Les principaux tests décrits par les docteurs Paul et Raphaël Nogier sont rappelés sous forme d'un aide-mémoire, avec l'indication du temps pour réaliser chaque test.
- Les principaux tests généraux et particuliers utiles en diverses pathologies ont été précisés.
- Une relation a été proposée entre les sept fréquences décrites par Paul Nogier, leur signification et la phylogénèse.
- Par définition, en auriculomédecine, toutes les mesures sont faites à l'aide du RAC.

# Le RAC décrit par Paul Nogier

Y. Rouxeville

## Découverte du RAC et création de l'auriculomédecine

Paul Nogier était un médecin formé à l'acupuncture traditionnelle. Il avait particulièrement étudié les pouls chinois. En 1965, après un long entraînement, il avait recueilli au pouls une information nouvelle, qu'il a nommé le Yu. Dans certains cas pathologiques, cette force subtile disparaissait ; elle était comme inhibée. Il en fit une communication aux V<sup>e</sup> Journées internationales d'acupuncture, en juillet 1965, à Vichy (1).

Il prit l'habitude d'examiner les oreilles de ses malades tout en prenant leur pouls. En 1968, il a noté un effondrement du pouls d'un malade auquel il venait de toucher l'oreille. Il a renouvelé cette observation chez le même malade, puis chez d'autres patients : toucher l'oreille rendait la perception du pouls moins nette. Pensant à un réflexe mettant en jeu l'oreille et le cœur, il a nommé ce phénomène réflexe auriculo-cardiaque (RAC).

Paul Nogier étudia ensuite l'effet sur le pouls de stimuli effectués sur l'oreille : l'appui, un bâtonnet chaud ou froid, l'éclairage par la lumière blanche (2).

Les années 1970 et 1980 virent le développement de ces études et recherches, menées avec l'enthousiasme des découvreurs et des pionniers :

- l'effet sur le pouls de la projection cutanée de fréquences électromagnétiques ou de lumières colorées a été codifié. Cela permet de relier les points d'oreille à un stimulus de signification particulière (3). L'évaluation indirecte des points ainsi détectés pourra être faite par contrôle en détection électrique différentielle<sup>1</sup> ;
- l'effet sur le pouls de l'approche de filtres colorés, ou la pose sur la peau de produits biologiques, a été codifié (4). Cette pratique est riche, mais ses mécanismes relèvent d'hypothèses. Le caractère reproductible de ces diverses techniques demande à être évalué ;
- l'étude des champs péricorporels est une intéressante approche. Les recherches en ce domaine doivent être rigoureuses pour éviter les dérives ésotériques. Il s'agit de voies nouvelles, bien souvent hors du champ strictement médical.

Le pouls peut ainsi être considéré comme un instrument de mesure de divers

---

1. Voir la partie suivante « Évolution de l'auriculomédecine ».

paramètres, avec ses limites car toute mesure humaine comporte une part de subjectivité.

## **Le nom d'auriculomédecine**

Il a été donné aux pratiques effectuées avec le RAC. Diverses approches sont regroupées sous de (mauvais) noms génériques. Cette discipline est un ensemble de techniques disparates qui furent toutes empiriques à l'origine. Certaines ont supporté une démarche expérimentale et d'évaluation : leur caractère reproductible est un gage de sérieux et de logique. Il n'en est pas de même de l'observation unique, un fait ni reproduit ni contrôlé malgré son intérêt !

Dans les écrits, dans les enseignements médicaux universitaires ou associatifs, ainsi que dans la pratique des soins, nous sommes tenus de recommander et d'utiliser les procédés conformes aux données admises, les seuls acceptables. Ils sont définis dans l'introduction comme formation initiale ou perfectionnement.

En revanche, les hypothèses comme les dernières trouvailles non vérifiées gardent un intérêt sous la forme de communications (écrites ou orales) auprès des praticiens déjà exercés. Ceci relève de la recherche ou de la parapsychologie, selon les définitions apportées dans l'introduction.

Pour ce qui relève de la recherche, il est souhaitable qu'elle soit aussi libre que possible, en ne gardant que des garde-fous nécessaires.

## **Deux observations historiques du phénomène RAC**

Par deux fois, à mille ans de distance, des modifications du pouls sous influence mentale ont été notées par de prestigieux médecins (3, 4).

### **Par Avicenne<sup>2</sup>**

Il y a mille ans, le plus célèbre médecin était Abu Ali Al Hussein Ibn Abdallah Ibn Sina (980-1037) dit Avicenne. Après avoir étudié les écrits hippocratiques et égyptiens, il a exercé au nord de l'actuel Iran. Avicenne fit le diagnostic de mal d'amour chez un adolescent mélancolique, triste et anorexique depuis trois mois,

---

2. Sinoué G (1989) Avicenne ou la route d'Ispahan. Denoël Folio, Paris.

et muet depuis quelques jours. Ce diagnostic, Avicenne le fit par la seule analyse du pouls de ce malade. Quand il interrogeait cet adolescent très émotif, il notait que le rythme cardiaque se précipitait, lorsque la question était en rapport avec la cause affective. Nous savons bien que le rythme cardiaque s'accélère sous l'influence d'émotions avec brusque libération d'adrénaline !

## **Par le Pr René Leriche<sup>3</sup>**

En 1941, le Pr René Leriche, spécialiste mondial en chirurgie vasculaire, décollant la gaze qui recouvrait la cicatrice chez un opéré d'anévrisme artérioveineux de la cuisse, a observé des battements violents de la dilatation et de l'artère fémorale. Ces battements violents se sont reproduits lors de l'excitation de la peau, pendant les trois mois de la convalescence, mais aussi lors de stimulations psychiques telles que la lecture de passages empoignants de romans policiers.

Leriche a noté l'effet du stimulus cutané local en regard de l'artère, ainsi que l'importance du psychisme. Il expliquait que la pathologie est un amplificateur de phénomènes non révélés par la simple physiologie. Ainsi, il a pu voir ce qui ne serait ordinairement qu'à un niveau infraliminal.

## **Perception clinique** (2, 3, 4, 6)

En réalité, on peut ressentir deux types différents de perceptions : un ralentissement ou une accélération, une diminution ou une augmentation de l'amplitude. Les variations ressenties de la façon la plus évidente sont une tension plus ou moins forte de la paroi artérielle. Cette perception sera appréciée par rapport à l'état de repos. La reconnaissance d'une sensation plus forte étant plus aisée, on l'enseigne en premier aux débutants.

## **Reconnaissance manuelle du RAC** (3-6)

Le sujet observé est allongé, en décubitus dorsal. L'observateur est assis à la tête du sujet. S'il est droitier, il fera les stimulations de recherche avec sa main droite, tout en palpant l'artère radiale du sujet avec la main gauche. S'il est gaucher, il palpera l'artère avec la main droite en stimulant l'oreille avec la main gauche.

---

3. Leriche R (1945) Pathologie et chirurgie des artères. Masson, Paris.

Selon le confort de chacun et l'habitude de l'observateur, le sujet présentera à l'observateur son poignet gauche ou son poignet droit, de préférence en extension.

Il est essentiel que l'observateur et le sujet soient détendus et n'aient pas froid.

### ***Palper avec un doigt ou deux doigts ?***

L'observateur palpera soit à deux doigts (index et médium au contact l'un de l'autre) (fig. 1), soit avec le pouce seul (fig. 2). La palpation à deux doigts (index et médium) est souvent plus facile et plus enrichissante pour le débutant : il ressent le pouls plus fort (dit RAC +) sur le doigt distal (du côté des doigts du sujet) et le



**Fig. 1** – Prise du pouls et du RAC à deux doigts.



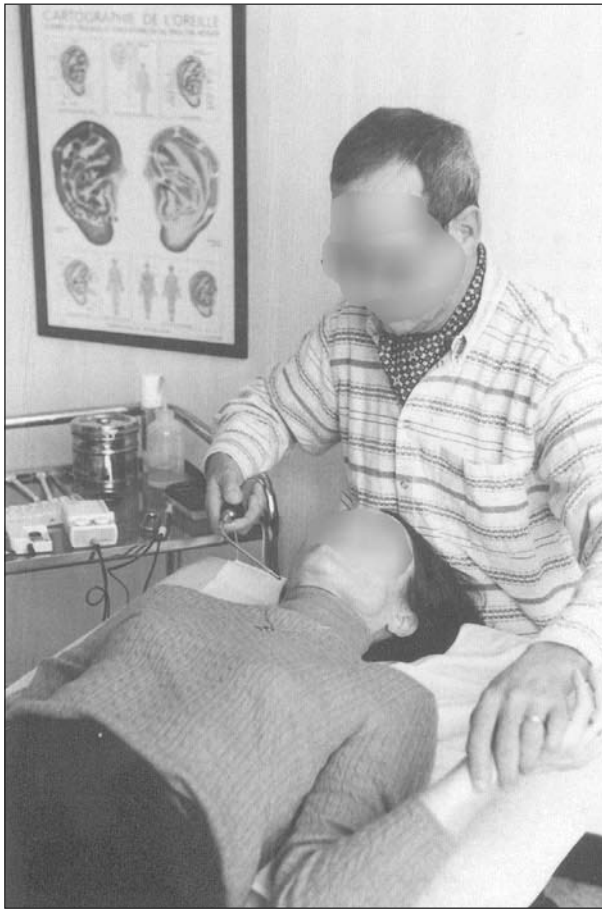
**Fig. 2** – Prise du pouls et du RAC à l'aide du pouce.

pouls moins fort (dit RAC –) sur son doigt proximal (du côté du coude du sujet). En revanche, pour une pratique régulière, de façon académique, la palpation avec le pouce est plus aisée ; ce qui explique le fait qu'elle soit privilégiée dans l'enseignement.

### ***Où et comment poser les doigts ?***

On posera le pouce sur la gouttière radiale, à la partie antérieure de l'avant-bras, sur la pente styloïdienne (fig. 3). L'appui doit permettre de ressentir les battements du pouls. Le RAC est une sensation ajoutée : le RAC + sera senti plus fort, le RAC – plus faible.

L'ongle du pouce de l'observateur sera situé en direction du coude du sujet, sinon il risque de percevoir à l'envers (un RAC – au lieu du RAC +, ou inversement).



**Fig. 3** – Prise du pouls radial gauche du malade par la main gauche.



Dans la mesure du possible, l'axe du pouce de l'observateur sera proche de l'axe de l'avant-bras du sujet.

Le pouce de l'observateur sera perpendiculaire à l'avant-bras du sujet, en évitant un appui sur le bord radial ou sur le bord ulnaire de l'artère radiale.

La pression doit être faible et suffisante, pour ressentir le pouls sans écraser l'artère.

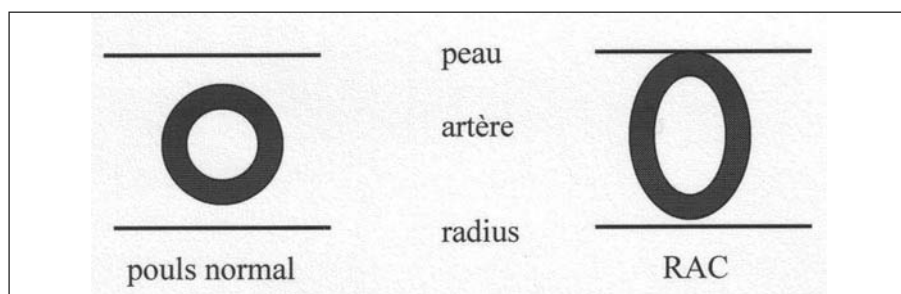
*NB.* Dans la palpation à deux doigts, on posera le couple index-médius sur le ressaut épiphyso-diaphysaire.

### ***Que ressent-on sous le pouce ?***

**RAC + :** on ressent un pouls plus perceptible, plus fort, plus tendu que le pouls de base (fig. 4). On le qualifie de RAC positif. On précisera le nombre de pulsations pendant lesquelles persiste ce RAC +, en réaction à une stimulation définie.

**Rebond :** on peut ressentir un RAC positif, fort et unique (parfois suivi d'un train de pouls intermédiaires) en réaction à certains stimuli, en particulier des stimulations comparables et successives. Ce RAC unique est dit rebond.

**RAC - :** si l'on ressent le pouls plus lointain, plus faible ou plus mou que le pouls de base, on le qualifie de RAC négatif. Il faudra préciser le nombre de pulsations pendant lesquelles persiste ce RAC -, en réaction à une stimulation définie.



**Fig. 4** – Le RAC est ressenti comme un pouls plus fort.

### ***Effectuer une stimulation pour étalonner le RAC***

La sensation ressentie est-elle réellement le RAC +, ou bien une erreur de mesure ? Le test de référence permet un auto-contrôle, en début d'examen et au cours de la consultation. Un test de référence permet de s'assurer que le pouce est bien placé, que les mesures effectuées seront correctes. C'est la mesure étalon :

- Les filtres Polaroid croisés à 90°. Très peu de lumière traverse un ensemble de deux filtres Polaroid placés à 90° (de manière orthogonale). Ce dispositif, approché de la ligne sagittale médiane du corps (antérieure ou postérieure) déclenche le RAC + si le pouce est bien placé, en particulier s'il n'est pas penché sur le flanc ulnaire ou sur le flanc radial de l'artère radiale.

Ce test est utilisé et recommandé depuis 1993. Il est applicable chez tous les sujets, mais le RAC est de faible puissance, ce qui nécessite une certaine attention.

- Le toucher du bord de l'oreille. Il provoque généralement un à deux RAC +, mais parfois ce sera un RAC –. Il en est de même pour le massage du bord de l'oreille. C'est donc une indication, et non un test de référence.
- L'éclairage de la face par lumière blanche. Il doit déclencher des RAC + bien perceptibles si la peau est normale. En revanche, si la peau présente de l'acné ou en cas d'inflammation ou infection des tissus sous-jacents, ce test peut déclencher des RAC –. C'est donc une indication, et non un test de référence.
- Le filtre blanc approché de l'oreille droite. Il doit déclencher des RAC + chez le droitier en bonne santé, mais pas à l'oreille droite du gaucher, ni quand l'état de santé du droitier est altéré.
- Le filtre tricolore approché de l'oreille droite. Ce filtre comporte les gélamines rouge 25, bleu 44 et vert 58 de Kodak superposées (il est dit 25/44/58). Il doit déclencher 8 à 10 RAC + à l'approche de l'oreille droite chez le droitier normo-réactif, et encore plus chez les hyperréactifs (dits allergiques). Il ne se manifeste ni à l'oreille gauche du droitier, ni à l'oreille droite du gaucher.
- Un flash lumineux sur le corps (6). C'est une technique recommandée par Raphaël Nogier. Les RAC sont bien perceptibles, de bonne intensité. Elle nécessite de disposer d'une forte et brève source lumineuse, ce qui n'est pas toujours le cas.
- L'occlusion des yeux. Lors de la fermeture des paupières, on ressent un RAC fort et positif, un rebond.

### ***Chercher le RAC sur d'autres artères ?***

L'artère, pour être palpée, doit reposer sur une surface dure, telle qu'un os ; c'est le cas pour la pente styloïdienne. On peut percevoir le RAC au cou-de-pied, à l'artère pédieuse, ou sur le crâne, à l'artère temporale. Le regretté Dr Mac Kibbin, vétérinaire canadien spécialisé dans les chevaux de course, ressentait le RAC en palpant une artère vers la mastoïde, à l'arrière de l'oreille du cheval.

## **Interprétation du phénomène RAC**

Nous avons vu que le RAC est un phénomène dynamique, survenant en réponse à une stimulation cutanée ou d'ordre émotionnel. C'est une approche tout à fait différente des pouls chinois, qui examinent un sujet de façon passive.

## **Pour Paul Nogier** (2,3)

Son découvreur a pensé au départ qu'il s'agissait d'un réflexe cutané vasculaire, produit préférentiellement à partir de l'oreille. Il a donné à ce phénomène le nom de « réflexe auriculo-cardiaque » (RAC).

Puis il a constaté que ce phénomène est très général « *L'organisme réagit aux stimuli externes par une réponse inconsciente* ».

## **Pour le Pr Pierre Magnin** (7)

Il fallait trouver un nom en anglais. Cet ami et confident de Paul Nogier a proposé *Vascular Autonomic Signal* (VAS), puisque c'est la perception d'un signal autonome vasculaire.

## **René Bourdiol** (5)

*« Préférant d'une part notre langue maternelle et, d'autre part, rendre son dû à notre Maître, nous n'emploierons plus dorénavant que l'appellation « réflexe artériel de Nogier », ou son sigle RAN. »*

## **Pour M. Sanchez Araujo et A. Luckert de Sanchez** (8)

*« Signal vasculaire qui permet d'étudier et de codifier les réponses des différentes structures de l'organisme aux microstimulations externes ou internes, physiques, chimiques et psychiques ».*

## **Pour Raphaël Nogier** (6)

Émettant l'hypothèse que la sécrétion des neuromédiateurs chimiques de tout le système nerveux est en partie dépendante de la perception de photons par la peau, a nommé ce phénomène « photoperception cutanée » :

*« La peau est une sorte de radar dont le système nerveux se sert pour régler sa sécrétion neuro-médiatrice. Chaque longueur d'onde de la lumière créerait, par une série de mécanismes, la production de neuromédiateurs spécifiques. Cette production s'accompagne d'un épiphénomène qui est la contraction des artères distales richement musculaires, contraction perceptible manuellement, que Paul Nogier a nommé VAS. »*

## Pour Anthony de Sousa <sup>(4)</sup>

Notre ami suisse fait l'unanimité en 1994, en proposant RAC pour *Réponse Autonome Circulatoire*.

Désormais, j'utilise le sigle RAC ou mieux le sigle RAC-VAS.

## Reproductibilité du phénomène RAC

Le phénomène est parfaitement reproductible et perceptible par différents observateurs. Des recherches à l'aveugle ont été probantes (4). Notre préférence va désormais vers une évaluation indirecte : contrôler les points auriculaires détectés par le RAC. Ces évaluations sont présentées plus loin.

## Enregistrement du phénomène RAC

Diverses tentatives n'ont pas été fructueuses. Les plus crédibles sont celles de Michel Marignan (4, 6) qui, malheureusement, n'ont pas été reproduites, à notre connaissance.

### Références

1. Nogier P, Nogier R (1979) L'homme dans l'oreille. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
2. Nogier PMF (1969) Traité d'auriculothérapie. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
3. Nogier PMF (1981) De l'auriculothérapie à l'auriculomédecine. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
4. Rouxville Y (2000) Acupuncture auriculaire personnalisée. Sauramps médical, Montpellier
5. Bourdiol J (1980) Éléments d'auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
6. Nogier R (1993) Introduction pratique à l'auriculomédecine. La photoperception cutanée. Haug international, Bruxelles
7. Magnin P (2010) Des Photons et de la Vie. Chromatothérapie. Sauramps médical, Montpellier, p. 28-30
8. Sanchez Araujo M, Luckert de Sanchez A (1982) Champs magnétiques polarisés et réponse thermique réflexe : une évaluation contrôlée. Revue Auriculomédecine 27: 5

# Synthèse des stimuli et du diagnostic en auriculothérapie<sup>1</sup>

Y. Rouxville et Y. Méas

La nécessité de classer les stimulations à visée thérapeutique ou à visée diagnostique était ressentie depuis des années. Lors de la réunion pédagogique du 6 septembre 2008 (DIU d'acupuncture à la Faculté de Médecine de Nantes), nous avons décidé de mettre par écrit les conseils apportés dans notre enseignement au Module d'auriculothérapie. Il en est de même pour le diagnostic.

## Stimulations thérapeutiques

Pour l'Assurance maladie, l'auriculothérapie est considérée comme de l'acupuncture.

L'acte QZRB001 (séance d'acupuncture) est inscrit à la CCAM.

*L'acte QZRB001 a une note de prise en charge « indication » découlant des avis ANAES. Ces indications sont les plus fréquentes, mais ne sont pas obligatoirement exhaustives... elles ne sont pas limitatives, cet acte n'ayant pas la qualification de « remboursable sous conditions... ».*

## Procédés de stimulations reconnus : aiguilles, moxas, micro-saignées, électricité

Remboursables par l'Assurance Maladie, dans certaines limitations thérapeutiques.

---

1. Paru dans les Annales du GLEM 2007-2008, p. 33-34. Reproduit avec l'aimable autorisation des Annales du GLEM.

## **Techniques non évaluées**

Non remboursables par l'Assurance Maladie ; elles sont à coter en hors nomenclature.

À notre avis, cela concerne l'utilisation des aimants, des Polartrons (aimants polarisés), du laser et des autres générateurs de fréquences.

## **Recherche**

À notre avis, cela concerne les procédés utilisant la lumière et la couleur sur des zones corporelles plus ou moins étendues, décrits sous le nom de chromo-luminescence, de chromothérapie fréquentielle, etc.

Cela recouvre également les techniques particulières développées par certains praticiens.

## **Stimulations à visée diagnostique**

### **Procédés de stimulations reconnus**

- Les pressions (soit digitales, soit en utilisant des palpeurs tarés à 1-5 g/mm<sup>2</sup>, à 60-80 g/mm<sup>2</sup>, à 140-160 g/mm<sup>2</sup>, à 250 g/mm<sup>2</sup> et à 400 g/mm<sup>2</sup>).
- Les détecteurs noirs et blancs approchés de la peau.
- La projection de lumières sur la peau.
- La projection de lumières polarisées sur la peau.
- La projection de lumières colorées sur la peau.
- La projection de lumières fréquentielles sur la peau.

### **Procédés de stimulation assimilés à la recherche**

- L'utilisation de filtres colorés sur la peau ou à distance.
- L'utilisation de produits en anneau-test ou à l'état brut, pour tests (sur la peau ou à distance).
- L'utilisation de fréquences à distance du corps.
- Les techniques particulières développées par certains praticiens.

## Possibilités de diagnostic

Elles peuvent utiliser des perceptions ressenties par le malade (sensation de douleur, ou de pression).

Elles peuvent utiliser des perceptions ressenties par le médecin (RAC-VAS).

***Elles peuvent toutes être contrôlées par un détecteur électrique différentiel.***

Le RAC-VAS (ou « pouls de Nogier ») est une des modalités d'analyse et de diagnostic. Ce qui induit l'obligation d'évaluer cette possibilité de diagnostic.

La détection électrique différentielle n'est pas considérée comme un diagnostic, mais comme un contrôle des variations électriques des points détectés (par la pression ou par le RAC-VAS).

Dans le cadre de notre enseignement, la détection d'un point d'oreille par des pressions (manuelles ou calibrées), ou par les modifications ressenties du RAC-VAS à la suite de stimuli (approche du bâtonnet noir-blanc, éclairage de l'oreille par des lumières ou par des projections électromagnétiques) est intégrée à l'auriculothérapie. Cependant, nous avons l'obligation d'être critiques, d'évaluer ces divers stimuli, et d'en contrôler les résultats<sup>2</sup>.

Une partie de ce qui est enseigné au GLEM dans les formations d'auriculomédecine est donc acceptée en formation initiale par l'université de Nantes ; le reste est considéré comme étant des techniques de recherche intégrables en formation médicale continue avec toutes les réserves liées à leur évaluation.

## Classement des niveaux des données

Le classement des stimuli présenté ci-dessous est dans l'esprit du classement des données présenté en introduction.

### Formation initiale

Données évaluées, hypothèses acceptables en formation chez des novices.

---

2. Rouxville Y., Méas Y (2008) Acupuncture & Moxibustion vol. 7, n° 3 p. 239-43.

## Perfectionnement

Données évaluées, hypothèses acceptables en formation chez des professionnels de santé déjà formés.

## Recherche

Données non évaluées, hypothèses discutables ou à éprouver.

## Parapsychologie

Avec le sens donné par Jean Bossy : « *Étude de phénomènes insolites ne s'expliquant ni par la physique, ni par la psychologie* »<sup>3</sup>.

Hypothèses médicalement inacceptables ou non défendables.

## Nota

Ce classement a été effectué afin de borner les limites défendables de l'enseignement : pour l'établissement de nos cours, il nous a été demandé de présenter toutes les possibilités d'analyse, de diagnostic et de traitement du point auriculaire.

---

3. Bossy J (1999) La grande aventure du terme médical. Sauramps médical, Montpellier.



# Protocoles et procédures des principales techniques d'auriculomédecine<sup>1</sup>

Y. Rouxeville

## Préalable

Analyser les réactions d'un malade, c'est le traiter au mieux. Personnaliser, c'est s'adapter à chaque personne. Chaque maladie n'est pas superposable ; chaque malade n'est pas la copie conforme d'un autre malade. L'auriculomédecine permet l'analyse du « terrain » ; elle ne peut être figée et tient compte de la variété, de la différence et des biorythmes de chaque être humain.

Trop souvent, l'auriculomédecine a été présentée de façon hermétique ou absconse, ce qui a nuit gravement à son développement et à son image. Les principales techniques présentées ci-dessous sont fiables : elles ont subi l'épreuve du temps.

Pour la première fois, le lecteur est guidé pas à pas. Les techniques sont expliquées dans le détail. Afin que chacun puisse juger des possibilités de chaque test pour sa propre pratique, j'ai chronométré le temps qu'il m'a fallu pour le réaliser dans les conditions optimales (RAC facile à percevoir, matériel sous la main, etc.). L'habitude et la chance permettent de réaliser certains tests en moins de temps !

Cet aide-mémoire répond ainsi aux deux critiques souvent adressées à l'auriculomédecine : « c'est compliqué, cela prend du temps ».

En raison de son caractère technique, il est essentiellement destiné à ceux qui pratiquent l'auriculomédecine.

---

1. Manuscrit écrit en 2005 pour « A course in Auriculomedicine », traduit par MR LeBel, Dux Lucis Books, CA Santa Monica, États-Unis.

## **Bien percevoir le RAC** <sup>(1)</sup>

Vous êtes droitier. De votre main droite, saisissez le dispositif défini pour déclencher le RAC. Placez votre pouce gauche dans la gouttière radiale gauche (ou droite) du sujet examiné. Réglez votre perception pour ressentir le RAC.

### **N'ayez pas peur**

L'inhibition mentale est la principale cause de non-reconnaissance du RAC. Relaxez-vous et mettez-vous en bonne condition. Consacrez-vous à votre malade en faisant abstraction de tout le reste, y compris des imprécations diverses.

### **Placez le pouce**

Pliez la phalange distale du pouce sans contrainte ni inclinaison radiale ou ulnaire. La pulpe du pouce est en contact intime avec la peau, en regard de la pente styloïdienne.

### **Non-perception du pouls**

Appuyez un peu plus fort, juste assez pour ressentir les battements du pouls.

### **Non-perception du RAC**

Appuyez avec la même force, mais en déplaçant votre pouce de 2 mm vers la main (ou vers le coude) du sujet examiné.

### **Perception inverse du RAC**

Appuyez avec la même force, mais en déplaçant votre pouce de 1 mm vers la main (ou vers le coude) du sujet examiné.

## Perception correcte du RAC

Gardez la même pression de votre pouce et le même endroit de contact. N'oubliez pas, périodiquement, de contrôler que votre perception reste correcte !

## Temps passé à percevoir le RAC

Il varie selon chaque praticien, et aussi selon son expérience, sa fatigue, sa confiance et ses doutes.

Le RAC est une réaction autonome circulatoire qui entre dans le champ des microréactions d'adaptation. Sa perception est clinique, manuelle, au poulx radial.

En médecine, la qualité des soins est généralement liée à la qualité du diagnostic. En auriculomédecine, la qualité du diagnostic et des soins est liée à une perception correcte du RAC.

## Oscillations au filtre tricolore 25/44/58 <sup>(1,2)</sup>

### Phénomène des oscillations

Notez le nombre de RAC déclenchés à l'approche du filtre tricolore 25/44/58 de l'oreille droite d'un sujet droitier. Il est différent en cas d'oscillation, par exemple :

- 8 RAC la première fois ;
- 4 RAC la deuxième fois ;
- 12 RAC la troisième fois.

Posez le filtre tricolore 25/44/58 sur l'avant-bras du sujet examiné et recherchez à l'oreille droite de ce sujet le point réagissant avec le maximum de RAC à l'éclairage maximum en lumière blanche (la lampe à éclairage progressif : LEP), ou réagissant à l'approche du bâtonnet blanc. Durée de ce test : 45 secondes.

Traitez le point : par aiguille simple à laisser tout le temps de l'examen, ou par aiguille semi-permanente (le soft-laser semble d'une efficacité moindre que l'aiguille pour traiter les oscillations). Contrôlez ce point par la détection électrique différentielle, avant de le traiter par aiguille semi-permanente. Durée de cette vérification : 5 à 15 secondes.

Après traitement, vérifiez le nombre de RAC déclenchés à l'approche du filtre tricolore 25/44/58 de l'oreille droite de ce sujet :

- 10 RAC la première fois ;
- 10 RAC la deuxième fois ;
- 10 RAC la troisième fois.

Un nombre de RAC comparable à chaque approche du filtre tricolore 25/44/58 montre un caractère normalisé. Durée de cette vérification : 35 secondes.

## Ce test peut être valorisé

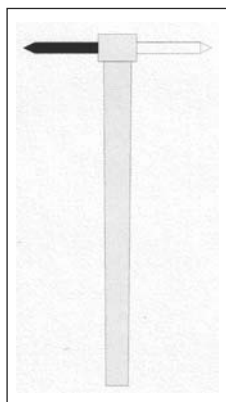
L'oscillation du filtre tricolore peut être induite. Elle peut apparaître après avoir posé une couleur (rouge 24) ou un produit (tabac, lait) sur la main droite du sujet examiné.

## Test d'Haubursin

Notre regretté ami Bruxellois, qui utilisait ce test de façon particulière, choisissait de traiter l'oreille qui ne manifestait pas d'oscillations induites. Il est en effet plus habile de traiter de façon réflexe une partie saine, pour permettre au sujet de se traiter lui-même, plutôt que de lui imposer un traitement à partir de son circuit pathologique.

Les oscillations du filtre tricolore sont une anomalie majeure présentée par le malade. Elles sont un obstacle à des mesures cohérentes par le RAC. Traiter les oscillations permet une thérapeutique plus efficace et mieux ressentie.

## Noir et blanc <sup>(1, 2)</sup>



Noir et blanc ont été considérés comme des valeurs et non comme des couleurs. Ce sont des notions synthétiques. Le noir intégral absorbe intégralement toutes les couleurs visibles : il représente une notion de catabolisme. Le blanc parfait est la réflexion avec diffraction de toutes les couleurs visibles : il représente une notion d'anabolisme.

Nous utilisons habituellement un bâtonnet détecteur avec une extrémité blanche et l'autre noire (fig. 1) pour le contrôle du point. En revanche, pour contrôler une zone de l'oreille ou du corps, nous utilisons un anneau-test de 35 mm de diamètre.

**Fig. 1** – Le bâtonnet noir-blanc.

L'approche de l'anneau test blanc de l'oreille droite du droitier doit déclencher le RAC.

L'approche de l'anneau test noir de l'oreille ou du corps ne doit pas déclencher le RAC. Ce test permet de déceler les zones de catabolisme, en baisse de vitalité.

## **Points détectés à l'approche de la pointe blanche**

Approchez la pointe blanche du bâtonnet-détecteur noir-blanc, à quelques millimètres de l'oreille droite ou de l'oreille gauche, tout en percevant le pouls du malade.

Recherchez sur une partie plus ou moins grande de l'oreille les endroits devant desquels l'approche de cette pointe blanche déclenche le RAC.

Durée de la recherche des points représentant les cicatrices au pourtour de l'oreille (hélix, lobule et tragus) : 15 secondes.

Durée de la recherche méthodique sur la fosse triangulaire (représentation du membre inférieur) : 10 secondes.

Durée de la recherche rapide sur un lobule : 10 secondes ; recherche méthodique sur un lobule : 30 secondes.

Durée d'un scanning complet de l'oreille externe : recherche rapide : 20 secondes, recherche approfondie : 60 secondes.

Les points détectés à la pointe blanche (dits « points blancs ») peuvent être traités à l'aiguille ou au laser. Vérifiez par la détection électrique différentielle avant de le piquer à l'aiguille semi-permanente : la correspondance avec une forte baisse d'impédance existe trois fois sur quatre. De même, ils sont souvent douloureux à la pression. L'ASP ou l'aiguille posée 15 minutes ont souvent un effet bénéfique dans les 48 heures.

## **Points détectés à l'approche de la pointe noire**

Approchez la pointe noire du bâtonnet-détecteur noir-blanc, à quelques millimètres de l'oreille droite ou de l'oreille gauche, tout en percevant le pouls du malade.

Recherchez sur une partie plus ou moins grande de l'oreille les endroits devant desquels l'approche de cette pointe noire a déclenché le RAC.

Durée de la recherche des points représentant les cicatrices au pourtour de l'oreille : 15 secondes.

Durée de la recherche méthodique sur la fosse triangulaire : 10 secondes.

Durée de la recherche rapide sur un lobule : 10 secondes, à la recherche méthodique sur un lobule : 30 secondes.

Durée d'un scanning complet d'une oreille externe : la recherche rapide : 20 secondes, recherche approfondie : 60 secondes.

## Hormésis

Dans les milieux scientifiques, c'est ainsi que l'on nomme l'effet-dose inversé. S'il est évident que la similitude est la racine fondatrice de l'homéopathie, on a un peu tendance à oublier que les Chinois jouaient sur le temps de puncture pour orienter l'effet de leurs petites aiguilles dans un sens de tonification ou de dispersion.

Les points détectés à l'oreille par la pointe noire doivent être traités avec prudence. Dans leur grande majorité (à 90 % ?), ils sont en hausse d'impédance. Sur ces points, l'ASP est contre-indiquée. En revanche, la puncture à l'aiguille classique, en stricte apnée inspiratoire pendant trois secondes, aura un effet remarquable. Cette piqûre est souvent suivie d'un saignement. Son effet bénéfique est retardé par rapport à l'aiguille posée 15 minutes ; il apparaît en 3 à 7 jours.

Les points détectés par la pointe noir peuvent aussi être traités par les fréquences laser (déparasitage) ou par l'aimant.

## Séquence des îlots noirs

Chez un asthmatique mal contrôlé par son traitement, observez sur l'hémi-conque inférieure un point détectable au noir. Traitez (par l'aiguille en apnée 3 secondes). Recherchez ensuite un nouveau « point noir » que vous traitez (aiguille en apnée 3 secondes), et ainsi de suite tant que vous détectez des points noirs.

Détecter les points d'oreille par la pointe blanche est le premier geste à effectuer.

Détecter les points d'oreille par la pointe noire permet d'apprécier soit les zones en baisse de vitalité, soit celles se comportant comme des foyers actifs.

La détection par la pointe noire des points d'oreille (nommés « points noirs ») est un geste prioritaire dans l'approche des maladies chroniques et des états de fatigue.

## Bilan métabolique, dit « bilan énergétique » <sup>(1,2)</sup>

### Étude générale sur l'anneau creux

Posez l'anneau creux sur le milieu du front, juste au-dessus de l'espace intersourcilier. Posez le filtre orange 21 sur l'anneau creux, puis le filtre noir sur le filtre orange. Comptez le nombre de RAC perçus. Vous pourrez poser bleu 44 à la place d'orange 21, et le filtre blanc à la place du noir. Ces quatre mesures sont des mesures globales, générales du sujet testé.

## Étude de l'anabolisme toxique

Le filtre orange 22 est surmonté du filtre blanc. Normalement, vous ne devez pas ressentir plus de 2 à 3 RAC.

Ce test peut être valorisé. Pour savoir si un xénobiotique (aliment ou un médicament) est toxique pour le malade, posez un extrait de ce produit sur la main du malade et mesurez à nouveau le nombre de RAC perçus sous cette influence. Plus le nombre de RAC est élevé, plus le produit est toxique.

Durée de ce test : 10 à 15 secondes, selon l'importance du trouble.

## Étude du catabolisme favorable

Le filtre bleu 44 est surmonté du filtre noir. Normalement, vous ne devez pas ressentir plus de 2 à 3 RAC. Plus le nombre de RAC est élevé, plus le malade est fatigué. Ce test est très utile chez tous les malades chroniques en début d'examen. On estime que le traitement sera favorable au malade si la mesure de ce chiffre s'est normalisée en fin de consultation.

Durée de ce test : 10 à 30 secondes, selon l'importance du trouble.

Le bilan métabolique permet de mieux comprendre l'état général de la personne (sensibilité aux xénobiotiques, élimination des émonctoires, perte de vitalité, etc.).

## Réactions aux pressions <sup>(1, 2)</sup>

C'est l'appui fait par l'observateur, avec ses doigts ou à l'aide d'un dispositif médical.

## Étage superficiel de l'oreille

Appuyez sur une zone (ponctuelle ou étendue) avec une pression de quelques g/mm<sup>2</sup>. Si ce geste déclenche des RAC forts, ne piquez pas cette zone.

Durée de ce test : 5 à 10 secondes par point.

## Étage moyen de l'oreille

Appuyez sur un point avec une pression de 70-80 g/mm<sup>2</sup>. Si ce geste déclenche un RAC toujours fort (ou toujours faible), traitez ce point pendant 8 secondes par le pôle sud puis pendant 8 secondes par le pôle nord (ces 8 secondes sont le temps de révolution de ce battement). Ce traitement est à renouveler, si besoin.

Durée de l'examen : 10 secondes. Durée du traitement du point : 16 à 34 secondes.

Normalement, votre appui sur un point avec une pression de 70-80 g/mm<sup>2</sup> déclenche un RAC variable (quatre RAC forts alternés avec quatre RAC faibles).

## Étage profond de l'oreille

Appuyez sur un point avec une pression de 140-160 g/mm<sup>2</sup>. Si ce geste déclenche en premier des RAC négatifs, traitez le point symétrique (le même point, à l'autre oreille).

Si la réponse à cet appui est de 15 RAC forts suivis de 8 RAC faibles (on dit « réaction lente »), traitez par l'aiguille posée en apnée inspiratoire pendant 3 secondes.

Si la réponse à cet appui est de 8 RAC forts suivis de 15 RAC faibles, vous pourrez traiter ce point soit par l'aiguille posée 15 minutes, soit par l'aiguille semi-permanente, soit par fréquences. Le traitement par une fréquence laser se fera 30 secondes (temps de révolution de ce battement), à renouveler si besoin.

Durée de l'examen du point : 30 secondes. Durée du traitement du point : 30 à 60 secondes.

## Palper des oreilles

Pressez successivement chaque partie des deux oreilles entre deux doigts, et notez le RAC à la suite de ce pincement. Normalement, le RAC est positif. Considérez a priori comme anormales les zones où le pincement déclenchera un RAC négatif. Vous les contrôlerez par d'autres procédés d'auriculomédecine, et/ou par la détection électrique. Ce test a été décrit en décembre 2004 par Raphaël Nogier.

Durée de l'examen pour chaque oreille : 60 secondes.

Les réactions aux pressions calibrées permettent d'étudier la sensibilité, le dynamisme et la vitalité d'un point. Le temps de traitement est adapté aux anomalies perçues ; il peut être renouvelé pour parfaire son efficacité.



## Réactions à la lumière blanche <sup>(1, 2)</sup>

### Éclairage puissant sur le corps

Cet éclairage de la peau avec la lampe à éclairage progressif (LEP) doit déclencher un RAC fort.

Durée de l'examen détaillé d'une main : 20 secondes.

Durée de l'examen de l'abdomen : 60 secondes.

Noter un RAC faible est une anomalie. Une seconde mesure permet de vérifier, donc de confirmer ou d'infirmer.

### Éclairage puissant et ponctuel à l'oreille

Cet éclairage de la peau avec la lampe à éclairage progressif (LEP) ne doit pas déclencher de RAC.

Durée de l'examen détaillé de l'oreille externe : 30 secondes. En cas d'anomalie (RAC fort), effectuez une seconde mesure.

Noter un RAC fort est une anomalie. Contrôlez ces points anormaux avec d'autres procédés d'auriculomédecine (bâtonnet détecteur noir-blanc, lumière polarisée, couleurs, fréquences, etc.). Contrôlez par détection électrique différentielle avant leur éventuelle puncture par une aiguille semi-permanente : la correspondance n'est pas systématique.

### Transferts et frontières

Appréciez l'effet de deux impacts successifs, fait en deux endroits différents avec la LEP en éclairage fort, avec le toucher ou tout autre stimulus. Normalement, vous devez ressentir un RAC fort et unique, nommé « rebond » juste après le second impact.

Si ce n'est pas le cas, l'information n'est pas transmise entre les deux impacts. Sur le corps, on dit que c'est un trouble du transfert des informations, abusivement dit « transfert ». À l'oreille, on nomme cette anomalie une « frontière ».

Durée de mise en évidence des principales frontières de chaque oreille : 20 secondes.

Durée de mise en évidence des huit frontières décrites par Paul Nogier à chaque oreille : 40 secondes.

Faites ce test en début d'examen et contrôlez en fin de consultation.

## Épuisement du RAC

Ce test a été décrit en France par Raphaël Nogier en 2003<sup>2</sup>. L'éclairage du corps par une lumière puissante (75 W) déclenche le RAC (comptez le nombre de RAC). Dès l'arrêt du RAC, un nouvel éclairage au même endroit doit déclencher le même nombre de RAC. Ce même éclairage peut être recommencé dix ou quinze fois : à chaque fois, vous notez le même nombre de RAC, sinon c'est le signe de l'épuisement du RAC, un obstacle redoutable aux très nombreuses étiologies.

Ce test est général et dynamique : il permet d'analyser les ressources du sujet examiné, et non pas d'effectuer un simple examen statique.

Durée de l'examen : 180 secondes pour dix essais suivis de 14 RAC chacun.

L'éclairage fort avec la lumière blanche permet d'apprécier globalement le caractère normal ou anormal, d'une zone du corps ou d'une partie du pavillon auriculaire. Pour R. Nogier, c'est une mesure générale de photoréception.

## Réactions à la lumière polarisée (1,2)

### Filtres Polaroid orthogonaux

Approchez cet ensemble de filtres (en lumière ambiante) de la ligne sagittale médiane antérieure (ou postérieure) du corps. Vous devez noter un RAC fort tant que ce dispositif reste proche, ou est posé à cet endroit. Ce test est une référence. Il est utilisé pour étalonner le RAC, généralement à la ligne sagittale médiane du front.

Durée de ce test : 5 secondes.

### Étude de la lumière polarisée

On utilise un simple filtre Polaroid, en lumière ambiante. Les photons de cette lumière polarisée ont alors un mouvement ondulatoire dans un sens.

Quand la peau sous-jacente est normale et en état d'éveil, la lumière polarisée déclenche le RAC si le filtre Polaroid est orienté dans l'axe de l'oreille sauf pour la conque, s'il est orienté dans l'axe du corps pour le dos et les membres sauf pour le thorax et abdomen.

---

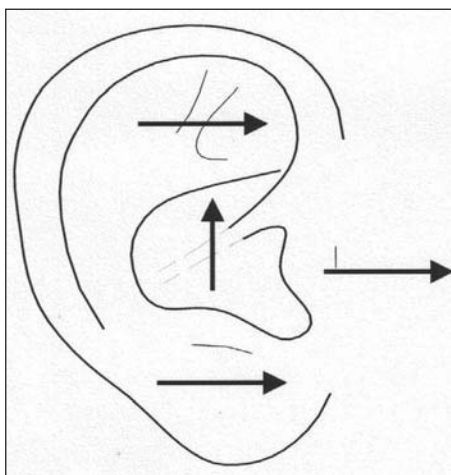
2. Nogier R (2003) Actes d'Alba. Le phénomène d'épuisement du VAS. Sauramps médical, Montpellier, p. 112-7.

C'est l'inverse en état de sommeil : dans ce cas, le filtre Polaroid est perpendiculaire à l'axe des membres, etc.).

Quand la peau sous-jacente est anormale, en état d'éveil, la lumière polarisée déclenche le RAC si le filtre Polaroid est orienté perpendiculaire à l'axe de l'oreille sauf pour la conque (fig. 2), s'il est orienté perpendiculaire à l'axe du corps pour le dos et les membres sauf pour le thorax et l'abdomen.

C'est l'inverse en état de sommeil (le filtre Polaroid dans l'axe des membres, etc.).

Cette technique permet d'analyser les zones anormales en éveil ou en état de sommeil.



**Fig. 2** – Sens dans lesquels l'éclairage polarisé déclenche le RAC, si la peau est anormale.

## Filtre Polaroid simple

En lumière ambiante, examinez une partie du corps (rachis, arcades dentaires) ou l'oreille. Si l'axe du filtre Polaroid est perpendiculaire à l'axe normal de l'endroit, le RAC fort signifie que cette zone est anormale.

Durée d'un examen standard du rachis : moins de 30 secondes.

Durée d'un examen standard des arcades dentaires : moins de 30 secondes.

## Éclairage en lumière polarisée

Éclairez le pavillon de l'oreille à l'aide d'une lumière polarisée, le Polaroid mis dans le sens perpendiculaire au sens normal. Les anomalies mises en évidence (RAC fort en un lieu précis de l'oreille) seront contrôlées par la détection électrique différentielle.

Durée du scanning d'une oreille externe : 30 secondes. Il permet un très important gain de temps par rapport à la détection électrique systématique. Cette technique permet rapidité et sécurité dans la recherche des points les plus importants !

L'étude à l'aide de la lumière polarisée sur le corps et sur l'oreille met en évidence des anomalies importantes. Cet examen général est rapide. Traitez les anomalies après les avoir contrôlées par d'autres techniques dont la détection électrique.

## Réactions aux lumières colorées <sup>(1, 2)</sup>

C'est l'étude de la lumière filtrée par les filtres Wratten Kodak (ou Lee, ou Rosco).

### Approche de filtres colorés

En lumière ambiante, approchez un filtre coloré du revêtement cutané, ou du pavillon auriculaire. Ce geste ne doit pas déclencher de RAC.

De façon normale, le corps réagit (1 à 3 RAC) à l'approche du filtre correspondant à la zone en cause (A21, B25, C3, D24, E44, F98, G30 de Wratten Kodak).

De façon anormale, le corps réagit (4 RAC ou plus) à l'approche du filtre coloré correspondant à la zone en cause (par exemple C3 pour le membre inférieur). Plus le nombre de RAC est élevé, plus la zone examinée est anormale. Chez un blessé de la cheville, approchez le filtre C3 de la malléole. Le RAC se déclenchera quand le filtre sera à 1 à 3 cm de la peau. Comptez le nombre de RAC : plus il est important, plus vous craignez une lésion organique.

Durée de cet examen : 5 à 15 secondes.

### Éclairage cutané

L'éclairage ponctuel du pavillon auriculaire ne doit pas déclencher de RAC. De façon anormale, cet éclairage localisé déclenchera des RAC. Chez un blessé de la cheville, éclairez avec la couleur C3 la fosse triangulaire homolatérale. Comptez le nombre de RAC. À partir de quatre RAC, ce point est anormal : analysez, puis traitez ou demandez avis.

Durée de cet examen : 5 à 10 secondes.

### Cas particulier de l'éclairage par orange 21 et bleu 44

- Orange 21 correspond à l'hyper-réactivité, à une note allergique.
- Bleu 44 correspond à l'hypo-réactivité, à une note anergique.

Si la projection d'orange 21 sur un point déclenche le RAC, on nomme ce point « point orange » ; il en est de même avec le bleu 44 pour le point dit « point bleu ».

Contrôlez la sensibilité des points bleu et orange en apnée inspiratoire : le RAC sera-t-il déclenché par la projection du bleu 44 ou de l'orange 21 ?

Durée de l'analyse d'un point : 24 secondes.

Prudence avec les points mobiles (par exemple bleu en respiration automatique et orange en apnée inspiratoire) ! Leur traitement peut être fait à l'électricité, par l'aimant ou par les fréquences lasers.

Très grande prudence avec les points fixes bleu ou orange (par exemple réagissant au bleu en respiration automatique et en apnée inspiratoire) ! Leur traitement peut être fait par l'aimant, par l'aimant polarisé unidirectionnel (le Polartron) ou les fréquences lasers.

Pour l'aimant, présentez un pôle pendant 8 secondes en regard du point, puis 8 secondes pour le second pôle, à la fois en respiration automatique et en apnée inspiratoire.

Durée du traitement d'un point fixe par l'aimant : 55 secondes.

Vous avez la possibilité de respecter ces points, de ne pas les traiter et de les contrôler en fin de consultation. Sont-ils encore présents, ou bien ne sont-ils plus détectables ? Les points fixes sont des témoins de gravité.

## Sept couleurs du programme couleurs

Sept couleurs correspondent aux sept zones du corps et aux sept plages du pavillon auriculaire. Le filtre dit « programme couleurs » (PC) est un filtre composé de ces sept couleurs juxtaposées, en étoile : A21, B25, C3, D24, E44, F98, G30.

Approchez le filtre PC de chaque oreille. Si l'approche de l'oreille gauche déclenche 3 RAC ou plus, approchez successivement de l'oreille gauche chacun des sept filtres qui le composent (A21, B25, C3, D24, E44, F98 et G30). Posez sur la main du malade celui de ces sept filtres qui déclenche le RAC. Recherchez à l'oreille gauche le point induit par ce filtre. Traitez, puis contrôlez l'effet du traitement. Le traitement efficace permet de noter la normalisation de la réaction d'approche du filtre PC à l'oreille gauche.

Durée de l'examen : 35 secondes pour l'identification du filtre ; 25 secondes pour celle du point.

## Test de « mise sous tension »

Le filtre PC a une autre utilité. Posez le sur la main du sujet. Tout se passe comme si l'on pouvait noter à l'oreille une information particulière : ce qui se passe en cas de difficulté, faiblesse, stress.

Posez le filtre PC sur la main du sujet examiné, recherchez le point induit par le filtre PC à l'oreille. Traitez : cela pourra permettre d'éviter des rechutes itératives.

Durée de l'examen : 15 secondes pour trouver le point.

## **Photogramme (3)**

Raphaël Nogier a codifié et enseigné cette technique. L'éclairage du corps d'un sujet (thorax et abdomen) par une lumière blanche ou colorée doit déclencher des RAC.

Si ce n'est pas le cas, cela correspond à un « trou de photoréception » dont la correction est faite par un fort éclairage du thorax du sujet, avec cette lumière colorée pulsée.

Durée de l'examen : selon le nombre de couleurs testées : 60 secondes pour dix couleurs.

Durée du traitement : 5 à 10 minutes par couleur.

## **Photonothérapie séquentielle (ou chromoluminescence)<sup>3</sup>**

Le Pr Pierre Magnin a longtemps œuvré pour élaborer cette technique. Le diagnostic passe obligatoirement et initialement par la recherche des territoires, zones et points pathologiques à l'oreille. La lumière colorée ne doit pas déclencher le RAC, hors de toute pathologie.

Le traitement consiste à appliquer cette couleur sur ce point, par une lumière colorée pulsée, tant que le RAC reste positif. Il commence à l'oreille et se poursuit si nécessaire sur le corps. Selon les malades, on utilisera deux à quatre couleurs, en réalisant une séquence des couleurs.

Durée de l'examen : 120 secondes environ, pour une batterie simple de tests.

Durée du traitement : 10 à 40 minutes.

L'étude des relations entre la peau du corps et les lumières chromatiques est une partie capitale de l'auriculomédecine. Des couleurs correspondent aux diverses parties du corps, ou plages de l'oreille. D'autres couleurs correspondent à certains troubles ou situations pathologiques. Elles sont une aide précieuse au diagnostic.

De plus, on reconnaît une certaine vertu thérapeutique aux lumières colorées.

---

3. Magnin P (2010) Des photons et de la Vie. Chromatographie. Sauramps médical, Montpellier.

## Séquence 24 <sup>(1, 2)</sup>

### Séquence 24 simplifiée (fig. 3)

Vous notez un nombre de RAC supérieur à trois, à l'approche du filtre rouge 24 d'une oreille ; c'est une anomalie d'adaptation au stress, une situation de blocage favorisant directement ou indirectement de nombreux troubles ou états morbides. Vous devez débloquer la situation, afin qu'elle soit plus agréable pour le malade. Les troubles liés à ce test anormal peuvent être physiques, psychiques ou psychosomatiques, des troubles du sommeil, un déséquilibre hormonal, une dysrégulation immunitaire, etc.

Voici un exemple de séquence 24.

Approchez de l'oreille droite du malade, en lumière ambiante, le filtre coloré 24 ; vous notez 10 RAC.

Posez ce filtre 24 sur la main droite du malade. Éclairez de manière ponctuelle l'oreille droite par la couleur 24. Vous notez dans la conque un point induit par 24 (X).

Traitez le point X (aiguille si point blanc ou fréquence laser).

Vérifiez l'existence et l'importance de l'anomalie primitive (10 RAC à l'approche du filtre 24 de l'oreille droite). Vous notez maintenant seulement 6 RAC à l'approche de l'oreille droite.

Posez à nouveau le filtre 24 sur la main ; cherchez un nouveau point induit par 24. Vous le trouvez sur le tragus (Y). Traitez ce point.

Vérifiez à nouveau l'existence d'une éventuelle réaction à l'approche du filtre rouge 24 à l'oreille droite. Vous notez 4 RAC.

Recherchez un nouveau point induit par 24. Vous le trouvez dans le lobule (Z) ; traitez.

Vous ne percevez plus de RAC à l'approche du filtre rouge 24 de l'oreille droite. Le traitement a été complet. L'effet sera durable et décuplé par rapport à un simple traitement symptomatique du seul point X. Le dernier point traité (Z) est considéré comme « point causal » et justifie une aiguille semi-permanente. Le point X est considéré comme un « point conséquence » ou comme un « point symptomatique ».

Durée de ce test : 120 secondes.

*Nota.* Poser le filtre 24 sur le bras n'est pas obligatoire, mais cela permet de sensibiliser.

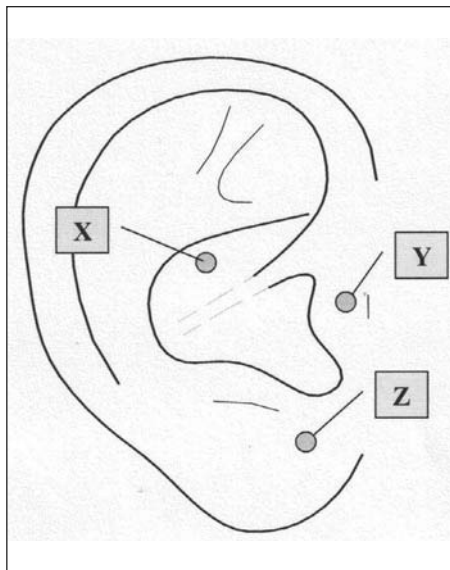


Fig. 3 – La séquence 24.

## Séquence 24 et oscillations du tricolore

Quand Paul Nogier a présenté la technique dite de la séquence 24, assez vite il nous a conseillé de ne plus piquer le point détecté à la couleur 24, mais de préférer le traitement du point d'oscillations du filtre tricolore pour chaque stade, pour chaque étape de cet examen. Cet examen est plus fin, mais demande plus de temps.

La durée de ce test avec recherche des oscillations du tricolore a été de 240 secondes, soit le double du temps passé en version simplifiée.

La séquence 24 est un modèle de travail : poursuivre la pathologie jusqu'à sa source. La mythologie grecque symbolise cette façon logique de travailler par le fil d'Ariane, déroulé par Héraclès pour éviter de se perdre dans le labyrinthe.

## Phases <sup>(1, 2)<sup>4</sup></sup>

Initialement, elles ont été décrites en intime correspondance avec les filtres rouge 25 (1), vert 58 (2), bleu 44 (3). Vingt-cinq ans après, Alain Mallard et Bernard Julienne les ont modifiées : rouge 29 pour phase 1, vert 58 pour phase 2, bleu 44A pour phase 3.

(bleu et pas ble ; phases à la rigueur pour remplacer le caractère spécial Phi).

## Quelle phase s'exprime à l'oreille ?

Approchez successivement de chaque oreille, en lumière ambiante, chacun des trois filtres de phase (rouge 25 pour phase 1, vert 58 pour phase 2, bleu 44 pour phase 3). Pour être retenu, le filtre de phase doit déclencher au moins 3 RAC. Vous pourrez noter par exemple : phase 2 à l'oreille droite, et phase 1 à l'oreille gauche.

Durée de ce test (détection des trois phases aux deux oreilles) : 30 secondes.

Vous avez détecté la phase (vert 58) à l'oreille droite. Posez le filtre vert 58 sur la main droite du sujet. Recherchez à son oreille droite le point induit 58 : par éclairage à la couleur 58, ou par la lumière blanche (LEP), voire à l'approche de la pointe blanche.

Durée de ce test (détection du point de phase sur une oreille) : 24 secondes.

---

4. Nogier PFM (1981) De l'auriculothérapie à l'auriculomédecine. Maisonneuve, Moulin-lès-Metz.

Voir aussi dans cet ouvrage au chapitre VI « Difficultés et terrain ».



## Un point est-il sous l'influence d'une phase ?

Vous avez détecté un point sur l'oreille. Éclairez ce point successivement par les couleurs des trois phases (rouge 25, vert 58, bleu 44). La phase retenue sera l'éclairage coloré ayant déclenché le RAC.

Durée de ce test (détermination de la phase d'un point) : 20 secondes.

## Traiter les points de phase

Si vous avez détecté et traité un point de l'épaule en phase 1 à une oreille, il est inutile de rechercher sur l'oreille les points d'épaule en phase 2 ou en phase 3.

En revanche, si vous avez détecté puis traité un point de l'épaule en phase 2 (ou en phase 3) à une oreille, recherchez ensuite les points d'épaules en phase 3 (ou en phase 2) puis en phase 1 sur les deux oreilles. Traitez.

Les phases sont un barrage important semblant relié à des anomalies de la transmission de l'influx nerveux. Elles sont un obstacle à l'efficacité d'une auriculothérapie bien conduite. Songez à rechercher ces anomalies dans les cas chroniques et rebelles.

## Réactions aux fréquences de Nogier <sup>(1, 2)</sup>

### Réaction aux fréquences fondamentales dans leur zone

Projetez la fréquence B0 sur l'abdomen d'un sujet.

Si le pouls est plus fort pendant une à trois pulsations, c'est normal. Sur plus de trois RAC, c'est anormal.

Projetez la fréquence C0 sur l'anthélix d'un sujet.

Si le pouls est plus fort pendant une à trois pulsations, c'est normal. Sur plus de trois RAC, c'est anormal.

Durée de l'examen pour chaque test : 5 secondes.

### Réaction aux fréquences parasites

Projetez successivement les sept fréquences fondamentales sur un point de l'anthélix. Notez le nombre de RAC déclenchés après chaque fréquence. Par exemple : 5 RAC après C0, 6 RAC après E0, et 3 RAC après F0.

Durée de l'examen : 40 secondes

Appliquer sur ce point la fréquence parasite E0 en mode thérapeutique pendant 30 secondes. On complétera par 30 secondes de C0, la fréquence de base.

Durée de l'examen : 30 secondes par fréquence parasite.

## Séquence des fréquences (fig. 4)

Vous avez détecté un point sur l'anthélix. Projetez successivement les sept fréquences fondamentales. Vous notez quatre RAC à la fréquence E0 (analyse).

Traitez ce point par la fréquence E0 pendant 30 secondes (déparasitage) puis recherchez à la queue de l'hélix le point déclenchant le plus de RAC à la fréquence E0.

Analysez ce point avec les sept fréquences fondamentales. Vous notez six RAC à la fréquence D0. Traitez ce point par la fréquence D0 pendant 30 secondes (déparasitage).

Recherchez au tragus le point réagissant à la fréquence D0. Analysez ce point. Les sept fréquences 0 déclenchent le RAC. C'est le point source, le point terminus !

Vous pouvez traiter ce point terminus, soit par le défilé des fréquences (A0 pendant 1 seconde, suivie de B0 pendant 1 seconde, etc.) ceci pendant 60 à 120 secondes. Vous pouvez aussi y poser une aiguille. Avant la pose d'une ASP, contrôlez à l'aide du détecteur électrique différentiel.

Durée de cet examen : 140 sec (2 min 20 sec) y compris le traitement des deux points.

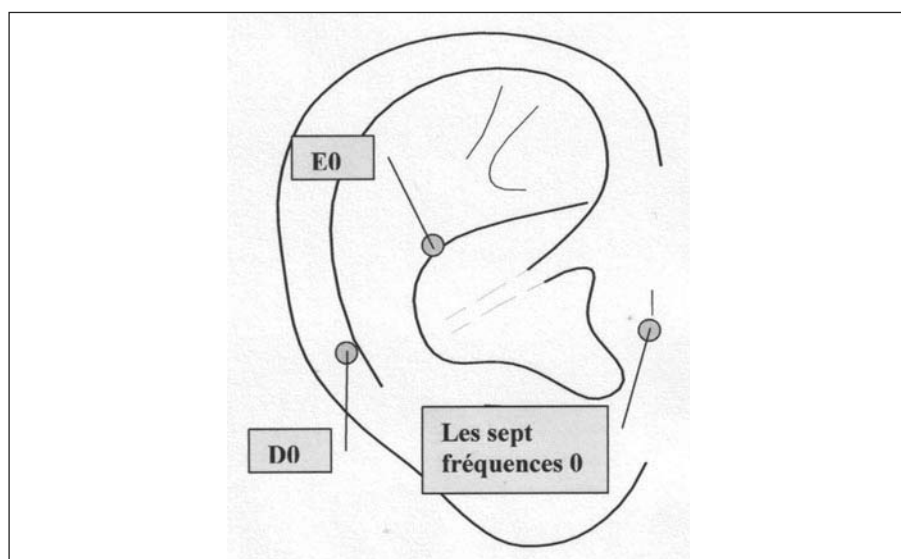


Fig. 4 – La séquence des fréquences.

## Test dit de la « réaction centrale »

Votre malade souffre du genou. Vous désirez connaître sa réactivité locale.

Projetez la fréquence de base de cette région C0 pendant cinq secondes (en mode thérapeutique). Recueillez les RAC apparus après le simple éclairage par la fréquence C0 (de base) puis à la fréquence E0 (complémentaire). Notez le nombre de RAC déclenchés dans les deux cas.

Vous notez six RAC avec E0 et trois RAC avec C0, Traitez ce point réactif en similitude (30 secondes par C0).

Vous notez six RAC avec C0 et trois RAC avec E0. Traitez ce point passif en compensation (30 secondes par E0).

Durée de cet examen : 60 secondes y compris les 30 secondes de traitement par la fréquence.

## Test dit de la « bande passante »

Votre malade est dépressif. Vous analysez son front droit et son front gauche.

Projetez la fréquence de base G0 pendant cinq secondes en mode thérapeutique, puis recueillez les RAC apparus après le simple éclairage par la fréquence G0, puis  $G + 10$ , puis  $G + 20$ , puis  $G + 30$ , puis  $G - 30$ , puis  $G - 20$ , puis  $G - 10$  (les sept variations de cette fréquence). Notez le nombre de RAC déclenchés à la projection de chaque fréquence.

Votre analyse montre un nombre de RAC plus élevé en  $G - 30$ . Traitez ce point par la fréquence  $G - 30$  (30 sec), puis  $G - 20$  (30 sec), puis  $G - 10$  (30 sec), puis G0 (30 sec).

Durée de cet examen : 40 secondes, plus 130 secondes pour le traitement près de 3 minutes en tout).

## « Photothérapie rythmée » (3)

Posez l'anneau creux sur le milieu du front. Posez le programme couleurs sur l'anneau creux. Des RAC sont perçus. Recherchez avec lequel des sept filtres colorés posé sur cet anneau creux se déclenche le RAC. C'est G30.

Posez ce filtre coloré G30 sur le générateur de lumière pulsée. Si vous éclairez la peau du malade, vous pratiquez la photothérapie pulsée, par une couleur rythmée selon les fréquences de Nogier.

Durée de ce test : 40 secondes, plus le traitement (qui peut être de 5 min, 10 min ou 15 min).

## Nota

Les fréquences de Nogier (les fréquences fondamentales et leurs variations) sont une partie essentielle de l'auriculomédecine. Elles permettent une très grande richesse d'analyse du point d'oreille : physiologie, physiopathologie, pathologie, réactivité.

Depuis 30 ans, elles sont utilisées pour des soins (fréquences de récurrence, laser).

Désormais elles sont associées : la projection fréquentielle est également colorée.

## Réactions aux fréquences des hémicorps <sup>(2,3)</sup>

Décrites en 1987, les fréquences correspondant aux hémicorps n'ont pas varié. Paul et Raphaël Nogier les ont reliées aux hémicorps et aux hémisphères cérébraux :

- FH est le code donné à la fréquence 8,74 Hz (oreille gauche, front droit, héli-soma gauche, chez le droitier) ;
- FB est le code donné à la fréquence 3,75 Hz (oreille droite, front gauche, héli-soma droit, chez le droitier).

## Fréquences dites FH et FB (isolées) à l'oreille <sup>(2)</sup>

Chez un droitier, faites un scanning de l'auricule en notant les endroits où le RAC est déclenché à la suite de l'éclairage par la fréquence dite FH à l'oreille droite, puis par l'éclairage par la fréquence FB à l'oreille gauche (les points anormaux). Puis, si vous avez le temps, faites le scanning de l'oreille droite par FB et de l'oreille gauche par FH.

Les points anormaux détectés peuvent être contrôlés par la pression ponctuelle à 160 g/mm<sup>2</sup>, par le bâtonnet noir-blanc ou par étude du parasitisme fréquentiel. Un contrôle par la détection électrique différentielle précèdera la pose éventuelle d'une ASP.

Durée de l'examen de chaque oreille externe : 35 secondes.

## Fréquence de battement (FH + FB) (2)

Les deux fréquences FH et FB ne sont pas des harmoniques. Quand elles sont émises de manière simultanée, nous n'aurons pas une émission constante et harmonieuse mais un battement : elle est parfois plus intense, et parfois moins visible.

Les points ainsi détectés peuvent être compris comme correspondant à une expression anormale des deux hémisphères cérébraux à la fois, ce que l'on nomme abusivement des conflits cérébraux interhémisphériques.

Faites un scanning de l'auricule en notant les endroits où le RAC est déclenché à la suite de l'éclairage par les deux fréquences FH et FB émises ensemble (battement). Les points détectés seront contrôlés par la pression ponctuelle à 160 g/mm<sup>2</sup>, par le bâtonnet noir-blanc ou par étude du parasitisme fréquentiel. Une vérification par la détection électrique différentielle précédera la pose d'une éventuelle aiguille semi-permanente.

Durée de l'examen d'une oreille externe par la fréquence de battement : 35 secondes.

## Examen du corps par les fréquences dites FH et FB (3)

Présentez la diode émettant FB sur la peau de la partie antérieure du thorax droit, en étudiant successivement chaque dermatome. Notez les régions qui répondent normalement (RAC positif chez un droitier).

Puis présentez la diode émettant un battement FH sur les mêmes endroits. Notez les régions qui répondent anormalement au RAC.

Durée de l'examen d'un hémithorax : 25 secondes par FB, 25 secondes par FH.

Les fréquences des hémicorps permettent une approche synthétique des anomalies ainsi détectables sur la peau du corps.

## Sensibilité d'un sujet à des produits (1, 2)

Vous désirez apprécier les réactions d'un sujet à douze produits. Vous prélevez un échantillon de chaque produit (liquide ou solide) que vous insérez chacun dans un anneau test. Ces anneaux tests sont des dispositifs qui ne déclenchent pas le RAC.

## Test de leur versant toxique

La pose d'un anneau test contenant un produit, de préférence sur l'oreille droite d'un droitier, peut déclencher le RAC.

Prenez successivement chaque anneau test. Vous le posez au contact de l'oreille droite du droitier pendant deux secondes. Notez le nombre de RAC à la suite de ce contact.

Tout se passe comme si les RAC au contact de l'oreille étaient une information de toxicité, manifestée par le sujet envers ce produit.

Doubler un anneau-test du filtre orange 21 apporte une note de toxicité du produit.

En toutes circonstances, prenez le temps d'analyser séparément chaque anneau-test.

Durée de ce test, pour douze produits : 45 secondes.

Hypothèse de travail : les photons de la lumière ambiante se chargeraient de l'information contenue dans le produit placé en anneau test. Transmise à la peau, cette information serait reconnue et analysée de manière inconsciente par le sujet, avec RAC plus ou moins important en réaction à cette alerte.

## Test de leur versant favorable

L'écart un anneau test contenant un produit, après avoir été posé sur l'oreille d'un sujet, peut déclencher le RAC.

Prenez successivement chaque anneau test. Posez au contact de l'oreille droite du droitier pendant une seconde, puis vous l'écartez brusquement. Notez le nombre de RAC.

Doubler un anneau-test du filtre orange 21 apporte une note de toxicité du produit.

Durée de ce test, pour douze produits : 45 secondes.

Je reste dubitatif pour le test des douze anneaux-tests ensemble (pour aller plus vite)...

## Détermination des zones dites ortho $\Sigma$ et para $\Sigma$

Un malade souffre du coude. Vous posez une ampoule d'adrénaline (ou bien un anneau-test contenant de l'adrénaline) sur ce coude. Comptez le nombre de RAC. Puis, posez une ampoule d'acétylcholine (ou bien un anneau-test contenant de l'acétylcholine) sur ce coude. Comptez à nouveau le nombre de RAC.

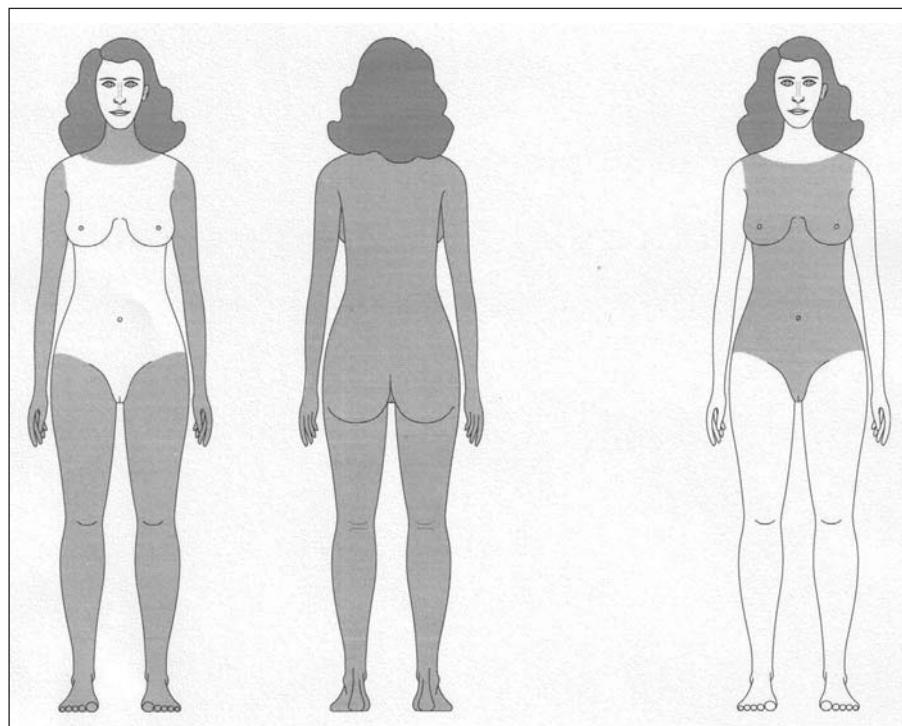
La formule neurovégétative locale est estimée selon l'importance du nombre de RAC :

- zone orthosympathique : forte majorité de RAC à la pose d'adrénaline ;
- zone parasympathique : forte majorité de RAC à la pose d'acétylcholine ;
- zone neutre : réaction équivalente à la pose d'adrénaline et d'acétylcholine ;
- inversion neurovégétative : forte majorité de RAC à la pose d'acétylcholine sur une zone qui devrait être orthosympathique (ce qui apparaît comme anormal) ;
- zone dite « exclue » : absence de RAC à la pose d'adrénaline et d'acétylcholine (ce qui apparaît comme pathologique).

Quelle est la norme ?

Chez l'être humain en bonne santé, les critères ont été définis (1, 2) (fig. 5) :

- zone orthosympathique : la totalité des quatre membres, le cou, le dos, les fesses ;
- zone parasympathique : la partie antérieure du thorax et de l'abdomen (les limites étant les clavicules et les plis inguinaux) ;
- zones neutres : le manubrium sternal et la zone inter sourcilière.



Zones ADR

Zone ACH

Fig. 5 – Zones dites adrénérquiques et cholinérquiques.

## Effet de la pose sur les zones dites ortho $\Sigma$ et para $\Sigma$

Pendant les 30 secondes suivantes, lors de l'examen en auriculomédecine, tout ce passe comme si ce produit était exalté ou freiné :

- la pose sur une zone ortho  $\Sigma$  aurait un effet stimulant, positif sur le métabolisme du produit posé sur la peau de cet endroit ;
- la pose sur une zone para  $\Sigma$  aurait un effet émollient, négatif sur le métabolisme du produit posé sur la peau de cet endroit.

Par exemple, vous pourrez personnaliser un traitement antitabac en utilisant un anneau-test tabac ou une cigarette de la marque habituelle :

- posez la cigarette sur la main (ortho  $\Sigma$ ) du fumeur. Cherchez le point induit sur l'oreille de ce fumeur (couleur rouge 24, bâtonnet blanc). C'est un peu comme s'il était sous l'effet du tabac ;
- posez la cigarette sur le thorax (para  $\Sigma$ ) du fumeur. Cherchez le point induit sur l'oreille de ce fumeur (couleur rouge 24, bâtonnet blanc). C'est un peu comme s'il était en manque de tabac ;
- durée de ces deux tests : 40 secondes.

Bien sûr, la pose d'une aiguille semi-permanente sur ces points détectés induits par la cigarette sera précédée par un contrôle en détection électrique différentielle.

## Analyse du front du sujet

C'est une zone particulière, sur laquelle on retrouve des formules différentes, selon la latéralité du sujet, et selon son état de conscience (éveil ou sommeil), etc. :

- ADR sur front gauche du droitier, ACH sur front gauche du droitier (éveil) ;
- ACH sur front gauche du droitier, ADR sur front gauche du droitier (sommeil) ;
- ACH sur front gauche du droitier, ADR sur front gauche du droitier (panique).

Il s'agit d'un test de latéralité dynamique, car la dominante hémisphérique semble varier en fonction des circonstances.

## Étude des transferts des produits

- Depuis une zone ADR vers une autre zone ADR : normalement, le rebond est immédiat après le second impact.
- Depuis une zone ACH vers une autre zone ACH : normalement, le rebond est immédiat après le second impact.
- Depuis une zone ADR vers l'oreille (ou inversement) : normalement, le rebond est immédiat après le second impact.



- Depuis une zone ACH vers l'oreille (ou inversement) : normalement, le rebond est immédiat après le second impact.
- Depuis une zone ADR vers une zone ACH : normalement, le rebond est retardé pendant une durée de 3 à 4 pulsations.
- Depuis une zone ACH vers une zone ADR : normalement, le rebond est retardé pendant une durée de 3 à 4 pulsations.

## Nota

L'étude des produits entre dans le champ de « micromanipulations de l'information ». C'est l'une des parties les plus subtiles et les plus discutables de l'auriculomédecine. La pratique de ces tests nécessite à la fois une grande maîtrise et une bonne dose d'humilité ; elle permet une aide réelle et profonde chez des malades complexes et difficiles. Pourtant, nous avons tenu à les mentionner, avec les précautions d'usage.

Afin d'étayer ces hypothèses, nous avons réalisé une courte étude d'évaluation sur les points induits par les aliments<sup>5</sup>. Contrairement à mes attentes, elle est hautement significative, ce qui n'est pas le cas pour les points induits par les couleurs.

En revanche, nous avons le souvenir de tentatives de contrôle d'anneaux-tests placés sur l'abdomen d'un sujet. Ce fut un échec sans appel, bien que les deux expérimentateurs se soient considérés comme une référence en termes de qualité de prise du RAC !

## Canaux sagittaux <sup>(1,2)</sup>

Ils ont été décrits et analysés par Paul Nogier. Ils correspondent aux lignes sagittales médianes (antérieure et postérieure) du corps, sur une largeur de deux travers de doigt.

Leur trajet se superpose à celui des deux grands méridiens décrits en acupuncture sous les noms de Vaisseau Conception et Vaisseau Gouverneur. Cependant, pour Paul Nogier, les extrémités seraient l'ombilic et la petite fontanelle, alors qu'en acupuncture ce sont le périnée et la bouche.

---

5. Voir dans cet ouvrage, pages 204-205.

## Zones des plexus (ou capteurs relais sagittaux)

Avec la lampe à néon<sup>6</sup>, éclairez la peau de la ligne sagittale médiane antérieure, en débutant en région suspubienne pour finir à la petite fontanelle. Notez si et où des RAC sont déclenchés. Généralement, les endroits notés sont ceux d'importants points d'acupuncture, ou correspondent aux zones décrites en médecine traditionnelle indienne sous le nom de « chakras ».

Pour René Bourdiol, ces zones correspondent à des plexus. Paul Nogier les a reliées de façon très élégante à des correspondances hormonales.

Le corollaire de la découverte d'une anomalie (zone de plexus ou endocrinienne) est d'en faire le traitement. Nous sommes en Auriculo. et nous allons donc privilégier le point de correspondance à l'oreille. Durée de ce test : 25 secondes pour l'examen d'un canal sagittal (antérieur ou postérieur).

## La séquence des plexus

Après correction, il peut apparaître une autre zone. On recommande donc de faire un traitement complet, celui de la séquence des plexus (ou capteurs relais sagittaux), de façon qu'il ne persiste plus aucune information anormale en fin de consultation.

Un examen particulier de la ligne sagittale médiane peut nous renseigner sur des déséquilibres de l'interface plexus-glandes endocrines. Les malades chroniques présentent des anomalies complexes : un train peut en cacher un autre !

## Liaison entre les deux canaux

Pour la zone de jonction ombilicale : éclairez fortement la région sus-ombilicale à la lumière blanche de la LEP, puis déplacez brusquement l'impact lumineux en région sous-ombilicale. Notez le nombre de RAC (test des transferts, avec le rebond). Puis, vérifiez dans l'autre sens (d'abord zone sous-ombilicale, puis sus-ombilicale).

Ensuite, faites le même test pour la petite fontanelle.

Durée de ce test : 12 secondes à l'ombilic, 12 secondes à la fontanelle.

En cas de faible nombre de RAC, il semble que la liaison soit de mauvaise qualité.

Le point d'oreille de correction sera détecté par la fréquence de battement.

Certains préfèrent l'utilisation d'une cordelette synthétique, dite « le filin ». On pose une extrémité en région sus-ombilicale, et l'autre en région sous-ombilicale.

Durée de ce test : 8 secondes à l'ombilic, 8 secondes à la fontanelle.

---

6. D'autres possibilités existent mais ne sont pas mentionnées pour ne pas compliquer.

## Nota

Il y a six mois, je considérais la technique du filin comme parapsychologique, à la limite du shamanisme. J'avais un refus de l'enseigner ou de le pratiquer en clientèle. Or, j'ai eu la stupéfaction d'une évaluation très favorable (*versus* détection électrique) des points détectés à l'oreille à l'aide de l'extrémité du filin !

## Références

1. Rouxville Y (2000) Acupuncture auriculaire personnalisé. Sauramps médical, Montpellier
2. Rouxville Y (2009) Index des cours effectués par le Dr Paul Nogier du 27 février 1981 au 9 juillet 1994. Peut être consulté sur [www.biblio.auriculo.fr](http://www.biblio.auriculo.fr)
3. Nogier R (1993) Introduction pratique à l'auriculomédecine. La photoperception cutanée. Haug international, Bruxelles

# Rappel des tests capitaux en auriculomédecine<sup>1</sup>

Y. Rouxeville

## Principaux tests généraux, sur le corps du malade

Éclairage du corps (lumière blanche), épuisement du RAC, transferts, filtre Polaroid simple, FH et FB, liaison entre les canaux.

## Principaux tests généraux, à l'oreille du malade

Approche de la pointe blanche, approche de la pointe noire, palper des oreilles, épuisement du RAC, filtre Polaroid simple, frontières, fréquence de battement.

Ces tests sont généraux et prioritaires. Selon les pathologies présentées, on retiendra les tests complémentaires plus ou moins spécifiques proposés ci-dessous.

## Douleur aiguë

Filtre Polaroid simple sur le corps, éclairage (LEP ou polarisé) à l'oreille.

---

1. Manuscrit écrit en 2005 pour la traduction en anglais de mon livre *Acupuncture auriculaire personnalisée*, par le Dr Marc Richmond LeBel, sous le titre provisoire de *The Essentials of Auriculomedicine*. Reproduit avec l'aimable autorisation des éditions Sauramps médical.

## **Douleur chronique**

Transferts LEP sur le corps, frontières à l'oreille (LEP).

## **Troubles anxiodépressifs aigus**

Fréquences déviées sur le front, séquence 24 à l'oreille.

## **Troubles anxiodépressifs chroniques**

Épuisement du RAC sur le corps (LEP), séquence des points réagissant à la fréquence de battement à l'oreille.

## **Rhinite allergique en poussée aiguë**

Transferts sur le corps (LEP), séquence des ilots noirs à l'oreille.

## **Rhinite allergique en poussée chronique**

Versant toxique des produits sur le corps, orange 21 et bleu 44 à l'oreille.

## **Sevrage du tabac**

FH et FB sur le corps, séquence 24 à l'oreille (sous influence du tabac).

## **Troubles psychiques**

Fréquences déviées sur le corps, fréquence de battement à l'oreille.

## **Troubles posturaux**

Filtre Polaroid simple sur le corps, fréquence déviée A – 30 ou A + 30 à l'oreille.

## **Intolérances alimentaires**

Sur le corps : bilan métabolique sous influence de l'aliment. Test capital à l'oreille : versant toxique des aliments.

## **Troubles immunitaires**

Test capital sur le corps : zone des plexus sagittaux.

Test capital à l'oreille : points fixes orange 21 ou bleu 44.

## **Dérèglements hormonaux**

Test capital sur le corps : zone des plexus sagittaux.

Test capital à l'oreille : oscillations au filtre tricolore.

## **Troubles neurovégétatifs localisés**

Test capital sur le corps : couleur rouge 24.

Test capital à l'oreille : couleur rouge 24.

## **Cicatrices**

Test capital sur le corps : l'examen local (toucher superficiel, lumière blanche, etc.)

Test capital à l'oreille : la pointe blanche et/ou noire approchée de la localisation.

## **Foyers dentaires**

Test capital sur le corps : l'examen local (pression des arcades dentaires, orange 21 et bleu 44, filtre Polaroid, etc.).

Test capital à l'oreille : point ayant un codage identique ou en miroir par rapport à la bouche (Polaroid, 21 et 44) et/ou des anomalies à la pression superficielle, moyenne et/ou profonde.

## **Infections non guéries**

Test capital sur le corps : épuisement du RAC.

Test capital à l'oreille : palpation moyenne de l'oreille (60-80 g/mm<sup>2</sup>).

## **Baisse de vitalité**

Test capital sur le corps : bilan métabolique sur l'anneau creux.

Test capital à l'oreille : séquence des îlots noirs.

## **Oscillations au filtre tricolore**

Test capital à l'oreille : approche du filtre tricolore de l'oreille de la latéralité.

## **Épuisement du RAC**

Test capital sur le corps et/ou à l'oreille : éclairage puissant à la lumière blanche.

## **Phases**

Test capital à l'oreille : réaction à l'approche des filtres colorés des phases : rouge 25 pour phase 1, vert 58 pour phase 2, bleu 44 pour phase 3.

## **Inversion neurovégétative**

Test capital sur le corps : norADR et ACH (test de pose sur la région).

Test capital à l'oreille : couleur rouge 24.

## **Frontières et transferts**

Test capital sur le corps : lumière blanche (LEP).

Test capital à l'oreille : lumière blanche (LEP).

## **Zones exclues**

Test capital sur le corps : études des transferts corps-oreille et oreille-corps (lumière blanche LEP).

Test capital à l'oreille : dans la zone correspondante, rechercher un codage comparable (par exemple la même fréquence déviée).

## **Troubles de latéralité**

Test capital sur le corps : norADR et ACH au front droit et au front gauche.

Test capital à l'oreille : étude des points reliés aux conflits interhémisphériques (fréquence de battement) et des points de désadaptation au stress (rouge 24).



# Sur les fréquences décrites par Paul Nogier

Y. Rouxeville

## Fréquences et phylogenèse

On peut faire un parallèle entre les sept fréquences de Nogier et l'évolution phylogénétique des espèces. : A et l'apparition de la vie, B et une forme de vie plus élaborée, C et la vie avec mouvement, D et les animaux dotés de symétrie, E et les animaux pourvus d'un système nerveux, F et les fonctions sous-corticales dont l'instinct, G et l'homme pourvu de deux hémisphères cérébraux.

De même, les protéines sont apparues à certains moments de l'évolution : les albumines (ce sont les protéines les plus élémentaires) chez les algues et les champignons, puis les alpha 1 globulines chez les végétaux, ensuite les alpha 2 globulines chez les animaux inférieurs, après les bêta globulines chez les vertébrés, et enfin les gamma globulines (les plus lourdes, les plus complexes) chez l'être humain.

L'apparition des protéines, mais aussi de la digestion, du mouvement, de l'organisation horizontale, des ganglions nerveux, de la mémoire et de l'instinct, puis de la prévision et de la préoccupation est liée à l'évolution (tableau I).

Tableau I – Fréquences et phylogenèse.

Fréquence	Espèce	Protéine
A	Algue, mycélium	Albumines
B	Végétal	Alpha 1 globulines
C	Amibe	Alpha 2 globulines
D	Protozoaire, flagellé	
E	Annélides, ver	
F	Vertébrés	Bêta globulines
G	Homme	Gamma globulines

## Signification des fréquences et des aires fréquentielles

A : zone où le revêtement dermique est absent ou modifié. C'est l'aire basale, indifférenciée, sans hiérarchie, de l'anabolisme.

B : aire par excellence parasympathique. Elle est le siège de la nutrition, de l'assimilation, de l'anabolisme.

C : aire par excellence orthosympathique. Elle est cinétique, relative au mouvement, au déplacement.

D : la grande aire associative, entre les deux hémisphères du cerveau comme entre le côté droit et le côté gauche du corps. Elle représente la liaison équilibrée, la coordination globale.

E : c'est l'aire de distribution verticale, relative à la circulation de l'influx nerveux, à une coordination fine, entre le cortex et le soma. Elle représente une part de la douleur.

F : c'est l'aire centrale sous-corticale, de régulation et de commande, de l'organisation instinctive. Elle coordonne les métabolismes sensitifs ou moteurs.

G : c'est l'aire corticale, psychique, de régulation et de commande de l'organisation mentale. C'est la commande volontaire et consciente par l'hémisphère gauche. C'est aussi la commande non volontaire et subconsciente par l'hémisphère droit.

## **CINQUIÈME PARTIE**

# **ÉVALUATION DE L'AURICULOMÉDECINE**

L'auriculomédecine souffre de son (mauvais) nom, mais surtout d'un flou entretenu. Elle a oscillé entre une réelle pratique médicale et un shamanisme évident. Depuis trois ans, une évaluation indirecte de différents tests d'auriculomédecine décrits par Paul Nogier a été menée avec méthode : le contrôle par détection électrique des points détectés par le RAC.

- Les informations recueillies par le RAC sont valides : elles ne sont pas le fruit du hasard. Les informations recueillies par le RAC ne sont pas infaillibles : elles ne peuvent donc pas être utilisées à la place de l'examen clinique classique, dont elles sont un complément très utile.
- La répartition de 1 000 points, détectés par divers procédés, a été analysée en termes de topographie auriculaire et de valeur d'impédance selon les endroits.
- La détection des points d'oreille par l'éclairage en lumière blanche et celles faites par l'approche du bâtonnet noir-blanc ont été validées.
- Il a été noté une répartition non homogène de l'impédance des points détectés par les fréquences des hémicorps. Pour la fréquence de battement, un possible biais méthodologique impose une vérification.
- A été également validée la détection des points d'oreille porteurs des sept fréquences de Nogier, des points induits par un aliment et des points détectés par des lumières polarisées.
- Les points détectés à la fois par deux tests différents (dits « tirs croisés ») sont particulièrement significatifs.
- Les points détectés par la projection de trois couleurs chaudes ont été contrôlés en baisse d'impédance, alors que les points détectés par la projection de trois couleurs froides ont été contrôlés en hausse d'impédance.

# Répartition topographique et qualitative des points d'oreille détectés par auriculomédecine et contrôlés par détection électrique<sup>1</sup>

Y. Rouxeville et Y. Méas

L'étude de 1008 points auriculaires détectés par auriculomédecine (RAC-VAS) a permis de noter leur répartition selon les diverses régions du pavillon auriculaire. Portant sur 170 sujets, la reconnaissance des points en baisse d'impédance ou en hausse d'impédance (par rapport à leur environnement) a été chiffrée. Un appareillage adapté a permis de contrôler 82 % des points reconnus par le RAC-VAS. Les auteurs relient les variations d'impédance du point d'oreille à leur tonalité autonome.

## Auriculomédecine et son évaluation

### Tests d'auriculomédecine décrits par Paul Nogier

La méthode dite auriculomédecine est une discipline médicale développée dans les années 1970, utilisant au titre diagnostique une modification du pouls (RAC-VAS) survenant après divers stimuli. Paul Nogier (1908-1996) établissait des axes de recherche, en laissant à ses élèves et successeurs le soin de vérifier, de développer ou de rejeter ses découvertes. L'auriculomédecine présente toujours des défauts de jeunesse. Son nom même, un terme consacré par l'habitude, est inapproprié selon les canons du vocabulaire médical (1-3).

L'absence d'évaluation de l'auriculomédecine reste le talon d'Achille de cette méthode. Ce manque de preuves rendait le Pr Jean Bossy très critique à son égard. Il en est de même de la communauté médicale et scientifique. En effet, la foi et la confiance en des pratiques médicales ne sont pas suffisantes pour accréditer un outil de diagnostic médical !

---

1. Rouxeville Y, Méas Y, LeBel MR, Trabelsi D, Ghattas S, Ezzeddine N, Ben Hassouna R. Revue ICAMAR n°2 (mars 2011). Reproduit avec l'aimable autorisation de la revue ICAMAR.

## Évaluation de l'auriculomédecine

Il y a vingt ans, un grand espoir était né avec les enregistrements du RAC-VAS (4, 3). Du fait qu'ils n'ont été ni reproduits, ni répétés, ni contrôlés, leur valeur scientifique en a considérablement souffert. Malgré tout, cela partait de concepts admissibles par la communauté médicale.

La méthode d'auriculomédecine continue à donner de grandes satisfactions aux praticiens et à leurs malades. Il est devenu indispensable de l'évaluer selon des procédés acceptables.

À défaut de preuves sur l'existence du phénomène du RAC-VAS, nous avons opté pour une vérification indirecte : le contrôle par un dispositif électronique des points détectés par RAC-VAS.

Depuis deux ans, des études randomisées ont été effectuées en cabinet médical privé. Elles impliquent divers procédés d'auriculomédecine décrits par Paul Nogier dans la détection de points auriculaires ; ces points sont ensuite contrôlés par détection électrique différentielle (5-8).

## Matériel et méthodes

Au cours des années 2009 et 2010, divers tests d'auriculomédecine ont été systématiquement pratiqués sur 170 sujets ou malades tout venant (en majorité des adultes ou des sujets âgés). Au cours de ces études, 1 008 points ont été retrouvés, soit une moyenne de 5,9 par sujet examiné. Tous ces points ont été analysés par le même détecteur électrique différentiel, le Modulo 100<sup>®2</sup>.

## Ordre des mesures effectuées

Les mesures les plus subtiles ont été faites en premier, afin de ne pas modifier le point. La recherche de la douleur à la pression n'a pas été faite : risque de modification de la valeur électrique du point, décrit par le Dr Claudie Terral (10). La recherche de l'impédance a été faite en dernier : risque de dérive par modification de la valeur électrique du point (10).

Pour éviter les artéfacts, la mesure du pouls n'a été prise en compte qu'à partir de quatre RAC-VAS (3).

---

2. Voir dans cet ouvrage, page 84.

Toutes les mesures sont reportées sur le sectogramme (11), afin de limiter l'erreur humaine d'appréciation topographique.

## Définition des mesures électriques

La mesure de référence se fait habituellement par l'étalonnage sur le point zéro (13). C'est le niveau de référence R. Nous avons constaté qu'un nombre significatif de mesures doit être effectué sur le Shen Men ou sur le point oméga (13) car le point zéro est assez souvent non décelable.

- Baisse d'impédance (FBI) : impédance comparable à R, y compris les deux LED supérieures.
- Non significatif (NS) : impédance mesurée à plus de deux LED au-dessus de R.
- Hausse d'impédance (HI) : impédance comparable à R, y compris les deux LED au-dessous de R.
- Faux points : détectés par le RAC mais non contrôlés par l'appareil.

L'expérience acquise nous autorise à proposer cette définition aux utilisateurs du Modulo 100®.

## Résultats

### Définition topographique auriculaire

Seule la face latérale du pavillon de l'oreille a été explorée. Elle a été partagée en huit secteurs d'inégale importance topographique. On a précisé le nom de ces huit secteurs à la fois en français et en terminologie de l'OMS (12, 13) : la conque MA SC et MA IC, le mur de la conque MA W, l'anthélix MA AH et l'antitragus MA AT, les fosses scaphoïde MA SF et triangulaire MA TF, le lobule MA LO, l'échancrure intertragienne MA IN, le tragus MA TG, le corps de l'hélix MA HX.

Ces secteurs sont des sous-ensembles cohérents, soit en raison de leur innervation habituelle, soit en raison de l'anatomie descriptive, soit en raison de la représentation des organes du corps.

Ces secteurs sont cités dans l'ordre habituel de réalisation de toutes les mesures : du centre vers la périphérie, dans le sens inverse des aiguilles d'une montre à droite, dans le sens des aiguilles d'une montre à gauche (5-8).

**Répartition topographique des 1 008 points détectés,  
sur 170 sujets** (fig. 1)

Conque (MA SC et MA IC)	165 (16 %)
Mur de la conque (MA W)	62 (6 %)
Anthélix et antitragus (MA AH et MA AT)	110 (11 %)
Fosses scaphoïde et triangulaire (MA SF et MA TF)	134 (13 %)
Lobule (MA LO)	316 (31 %)
Échancrure intertragienne (MA IN)	51 (5 %)
Tragus (MA TG)	99 (10 %)
Corps de l'hélix (MA HX)	71 (7 %)

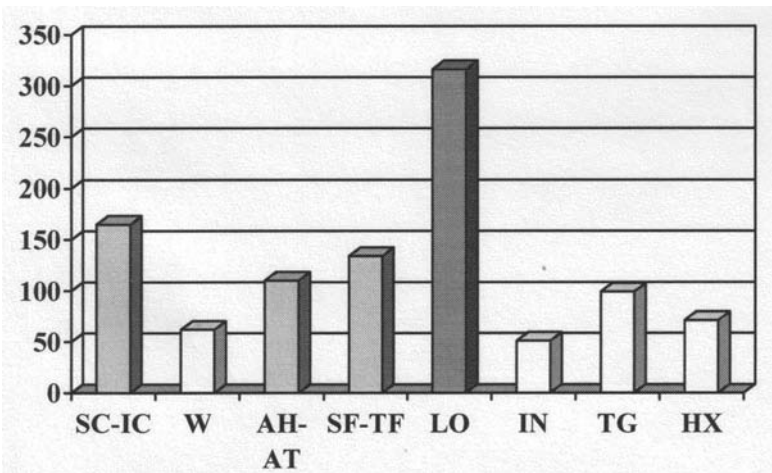


Fig. 1 – Répartition topographique des 1 008 points détectés.

**Répartition qualitative des 1 008 points détectés,  
sur 170 sujets** (fig. 2)

Forte baisse d'impédance (FBI)	611 (61 %)
Faible baisse d'impédance (BI)	90 (9 %)
Hausse d'impédance (HI)	218 (22 %)
Faux points (Faux)	89 (9 %)



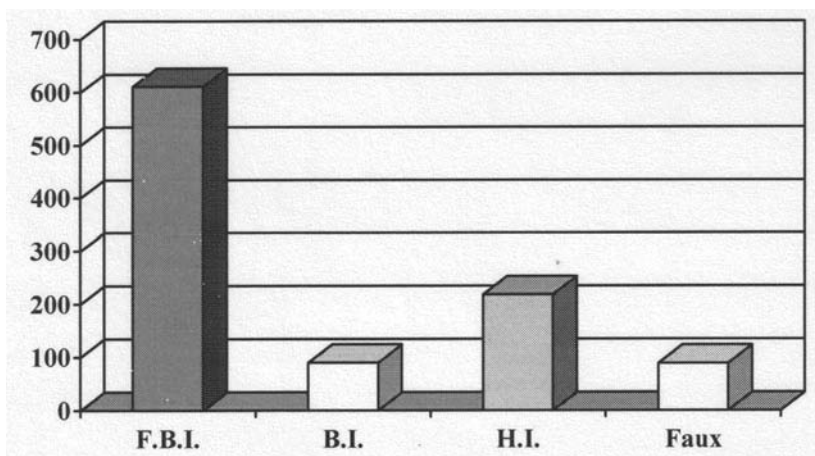


Fig. 2 – Répartition qualitative des 1 008 points détectés.

## Répartition qualitative des 1 008 points, selon la topographie, sur 170 sujets

### *Forte baisse d'impédance (FBI)*

611 points (61 % de 1 008).

Ces 611 points sont plus ou moins répartis au sein des huit secteurs. Ils représentent plus de 50 % des points contrôlés de la conque (100), du mur (36), de l'anthélix et l'antitragus (71), des fosses scaphoïde et triangulaire (89), du lobule (190), de l'échancrure (37), et du tragus (57). Ils sont à 44 % sur le corps de l'hélix (31).

### *Faible baisse d'impédance (BI)*

90 points (9 % de 1 008).

Ces 90 points ont une répartition comparable (de 5 à 10 % des points) dans les secteurs, sauf dans le corps de l'hélix où ils sont 10 (14 % des points contrôlés).

### *Hausse d'impédance (HI)*

218 points (22 % de 1 008).

Ces 218 points présentent une répartition grossièrement comparable : de 22 à 24 % dans la conque, le mur et le lobule ; ils montent à 27 % des points du corps de l'hélix (19) ; seulement de 16 à 20 % des points de l'anthélix, de l'antitragus, des fosses scaphoïde et triangulaire, de l'échancrure et du tragus.

### ***Faux points (Faux)***

89 points (9 % de 1 008).

Ces 89 points sont répartis en diverses populations : de 5 à 9 % des points de la conque, du mur, des fosses scaphoïde et triangulaire, et du lobule ; de 11 à 13 % des points de l'anthélix, de l'antitragus, de l'échancrure et du tragus. Ils montent à 15 % des points du corps de l'hélix (11).

## **Discussion**

### **Fiabilité des mesures**

Pour espérer obtenir des résultats fiables et reproductibles, deux conditions sont indispensables :

- que l'opérateur ait une prise du RAC-VAS convenable (3, 13), à savoir quatre conditions : le pouls radial, le pouce perpendiculaire à la peau (ni le flanc radial, ni le flanc ulnaire de l'artère radiale) ; l'ongle du pouce de l'observateur vers le coude du sujet observé, un étalonnage préalable et régulier par le filtre polaroïd croisé sur la ligne sagittale médiane du corps du sujet observé ;
- que l'opérateur se conforme aux quatre recommandations du fabricant (pour Agiscop® et Modulo 100®) : appui constant du capteur bi-électrodes coaxiales à mi-course, pas de pression latérale, déplacement lent sur la peau, mesures stabilisées sur deux secondes.

### ***Répartition topographique***

31 % des points sont retrouvés sur le lobule ; la conque et les fosses (scaphoïde et triangulaire) font jeu voisin (16 et 13 %). Ces trois structures représentent 60 % des 1 008 points contrôlés.

### ***Répartition qualitative***

Deux cohortes sont évidentes :

- 611 points en forte baisse d'impédance, FBI (61 %) ;
- 218 points en hausse d'impédance, HI (22 %).

Ces deux groupes (FBI + HI) totalisent 829 points, soit 82 % du total.

Si 82 % des points reconnus par le RAC-VAS sont contrôlés avec une variation instrumentale nette, on ne peut plus nier ce type de détection.

### ***Faible baisse d'impédance***

Nous avons tendance à reconnaître que de nombreux points détectés en faible baisse d'impédance avec l'Agiscop® sont retrouvés en hausse d'impédance avec le Modulo 100®. Désormais, nous classerons en « non significatifs » (NS) les détectations à partir de deux points au-dessus du niveau de référence R avec l'Agiscop®, ou les valeurs à partir de deux LED au-dessus du niveau de référence R pour le Modulo 100®.

### **« Faux points »**

Détectés par le RAC-VAS et non contrôlés par le dispositif électronique, ils ne sont pas pour autant erronés. Ils signent le caractère sub-liminal par rapport à l'appareil de points particuliers : ils sont un témoignage de la cause ou de la conséquence, bien souvent l'autre versant d'un point symétrique significatif (3, 14).

## **Répartition qualitative selon la topographie**

Les réactions aux stimulations sont comparables pour les différents tests, qu'elles soient faites sur les secteurs d'innervation orthosympathique (anthélix, anti-tragus, fosses scaphoïde et triangulaire), sur le secteur d'innervation parasymphatique (la conque), sur le mur de la conque (zone frontière entre ortho et para), ou sur le tragus à l'innervation mixte et variable.

Seul le corps de l'hélix fait réellement jeu à part (71 points, soit 7 % des 1 008 points, avec seulement 44 % en forte baisse d'impédance, mais également 14 % en faible baisse, 27 % en hausse et 15 % faux points.

## **Le RAC-VAS est une réaction générale**

Cela laisse entendre que les différents secteurs de l'oreille manifestent (à part le corps de l'hélix) une réaction comparable aux stimuli utilisés dans les tests d'auriculomédecine de Paul Nogier. L'innervation sensitive (orthosympathique, parasymphatique ou mixte) des secteurs de l'oreille n'a pas d'influence, en ne privilégiant pas une variation particulière d'impédance.

Ainsi, le RAC-VAS peut être compris comme une réaction générale du corps à de multiples stimuli. Cette réponse s'intègre logiquement dans le cortège des réactions d'adaptation.

## Et si l'impédance était corrélée à la tonalité autonome du point ?

Dans cette étude, 829 points ont été retrouvés présentant une variation significative d'impédance. Ce groupe de 829 points comporte 74 % en forte baisse d'impédance (611 points) et 26 % en hausse d'impédance (218 points).

Les « tirs croisés » des différents tests amplifient cette correspondance : bâtonnet noir et couleur bleu 44 à 97 % ; bâtonnet blanc et couleurs rouge 25, rouge 24 et orange 21 à 90-97 % (15).

Cliniquement, les points détectés par blanc ou les couleurs 25, 24 et 21 de Kodak, contrôlés en forte baisse d'impédance (FBI), sont en liaison avec des symptômes de type orthosympathique.

Cliniquement, les points détectés par noir ou les couleurs bleu 44, vert 58 et magenta 31 de Kodak, contrôlés en hausse d'impédance (HI), sont en liaison avec des symptômes de type parasympathique.

Nous retrouvons un nombre majoritaire de points en hausse d'impédance (HI) chez les sujets ou malades en état de parasympathicotonie.

Yunsan Méas a bien fait comprendre que le point d'oreille (ou du corps) correspond à la réponse du corps à une agression ou à un état, cette réponse étant véhiculée par les voies efférentes (l'ortho- et le parasympathique) (9, 16). De même, Yves Rouxville a émis l'hypothèse d'une corrélation entre d'une part la baisse d'impédance et l'orthosympathicotonie, d'autre part la hausse d'impédance et la parasympathicotonie (9).

Tout se passe comme si la baisse d'impédance était reliée à un signal d'appel orthosympathique, et la hausse d'impédance à un signal d'appel parasympathique émis inconsciemment par le malade.

Sur un autre plan comparable, la lecture du remarquable livre d'A. Quagliasenta (17) nous conduit à faire un lien plus ou moins étroit entre, d'une part l'orthosympathicotonie et le Yang, d'autre part la parasympathicotonie et le Yin.

Les points en baisse d'impédance seraient-ils d'expression Yang ? Les points en hausse d'impédance seraient-ils d'expression Yin ?

## Conclusions

Paul Nogier a découvert, élaboré et enseigné le RAC-VAS et divers tests d'auriculomédecine. L'étude de 1 008 points du pavillon de l'oreille, détectés par le RAC-VAS puis contrôlés par la détection électrique différentielle, permet de constater un certain nombre de points :

- dans la population des 270 sujets étudiés, près de la moitié des points sont situés sur le lobule ou dans la conque ;
- près de 80 % des points détectés par le RAC-VAS ont été contrôlés de façon significative : les trois quarts en baisse d'impédance, un quart en hausse d'impédance ;
- les auteurs émettent la possibilité d'une corrélation, d'une part entre la baisse d'impédance et la tonalité orthosympathique du point, d'autre part entre la hausse d'impédance et la tonalité parasymphathique du point.

Cette étude confirme également la validité de la détection de points auriculaires par la méthode dite d'auriculomédecine.

## Références

1. Nogier PFM (1981) De l'auriculothérapie vers l'auriculomédecine. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
2. Rouxville Y (2009) Index des cours effectués par le Dr Paul Nogier du 27 février 1981 au 9 juillet 1994. Peut être consulté sur [www.biblio.auriculo.fr](http://www.biblio.auriculo.fr)
3. Rouxville Y (2000) Acupuncture auriculaire personnalisée. Sauramps médical, Montpellier, p. 35-41, 84-5, 128-30
4. Nogier R (1993) Introduction pratique à l'auriculomédecine. La photoperception cutanée. Haug international, Bruxelles
5. Rouxville Y, Méas Y (2008) Auriculothérapie : le RAC-VAS, contrôle de sa mise en évidence. *Acupuncture et Moxibustion* 7: 239-43
6. Rouxville Y, LeBel MR, Méas Y, Trabelsi D (2009) Monitoring the diagnosis of auricular points: contrasting the performance of the VAS and the electrical detector. Symposium International d'Auriculothérapie et d'Auriculomédecine, Bologne
7. Rouxville Y, LeBel MR, Méas Y, Trabelsi D (2009) Auriculothérapie : un nouveau contrôle du RAC-VAS par détection électrique. *Acupuncture & Moxibustion* 8: 235-9
8. Rouxville Y, LeBel MR, Méas Y, Trabelsi D, Ghattas S (2010) Bilan de deux années d'évaluation des tests d'Auriculo-Médecine décrits par Paul Nogier (*versus* détection électrique). *Acupuncture & Moxibustion* 9: 188-95
9. Rouxville Y, Courty D, Méas Y, *et al.* (2010) Hypothèses sur la détection électrique différentielle du point d'oreille. ICAMAR n° 1 [www.icamar.org](http://www.icamar.org)
10. Terral C (2009) Douleur et Acupuncture. Sauramps médical, Montpellier
11. Romoli M (2003) Agopuntura Auricolare. Utet, Torino
12. Nogier PFM (1969) Traité d'auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
13. Rouxville Y, Méas Y, Bossy J (2007) Auriculothérapie, Acupuncture auriculaire. Springer Verlag France, Paris
14. Rouxville Y (1996) Approche du dilemme cause ou conséquence en auriculothérapie et en auriculomédecine. *Annales du GLEM*, p. 16-20
15. Rouxville Y, Méas Y, LeBel MR, *et al.* Contrôle par détection électrique des points auriculaires détectés par une projection colorée. À paraître dans ICAMAR.
16. Méas Y, Rouxville Y (2010) L'auriculothérapie au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes. ICAMAR n° 1.
17. Quaglia Senta A (1976) Le système sympathique en acuponcture chinoise. Maisonneuve, Sainte-Ruffine

# Le RAC-VAS, contrôle de sa mise en évidence (extraits)<sup>1</sup>

Y. Rouxville, Y. Méas

Une corrélation a été établie entre la détection de 241 points auriculaires par le RAC-VAS et leur mesure par impédance électrique. Les points détectés à la lumière blanche et au bâtonnet blanc sont contrôlés à 95 % en baisse d'impédance par rapport à leur environnement. Les points détectés à la fois par la couleur bleu 44 et le bâtonnet noir sont contrôlés à 97 % en élévation d'impédance par rapport à leur environnement.

## Diagnostic du point, en auriculothérapie

### Limites de ces diverses techniques

Dans la détection par le RAC-VAS, la subjectivité de l'observateur est un biais connu lors de nombreuses interventions ou mesures humaines. Les mesures à l'aide du RAC-VAS sont partiellement opérateur-dépendant, fonction de la sensibilité, de l'émotivité et de la fatigue de l'observateur et/ou du patient. Dans les stages de formation, on demande à un second voire un troisième observateur de confirmer les faits observés ; il s'agit d'une « seconde lecture », comme le font les radiologues lors des mammographies systématiques.

Cependant, les mesures effectuées par l'homme peuvent être contrôlées à l'aide d'un appareil (exempt de toute subjectivité ou de parti pris). Les mesures sans facteur humain sont considérées comme étant plus objectives, à la condition de connaître les limites et les imperfections de l'appareillage. En auriculothérapie, le contrôle objectif du point auriculaire réalisable au cabinet médical est la détection électrique différentielle.

---

1. Paru dans *Acupuncture & Moxibustion* (2008) Vol. 7, n° 3, p. 239-43 et les *Annales du GLEM* 2007-2008, p. 110-8. Reproduit avec l'aimable autorisation de la revue *Acupuncture & Moxibustion* et des *Annales du GLEM*.

## **Évaluation du RAC-VAS**

La communauté médicale attend et souhaite des travaux pour objectiver et prouver le RAC-VAS. Si le phénomène du RAC-VAS a été étudié au plan scientifique, il faudrait que les enregistrements soient reproductibles, pour acquérir une réelle validité scientifique. Le RAC-VAS, perception clinique très utile en pratique de consultation, peut être contrôlé et vérifié par une mesure paraclinique d'usage courant : la détection électrique. Quelle est l'impédance du point ?

Pour limiter les erreurs d'interprétation et les biais, un protocole d'évaluation a été établi avec l'avis critique d'un médecin auriculothérapeute indépendant, le Dr Marco Romoli.

## **Protocole d'évaluation indirecte du RAC-VAS**

L'examen de l'oreille est la priorité. Il ne doit pas être conditionné par le discours du malade sur ses antécédents ou sa maladie actuelle : ce serait un biais majeur ! L'interrogatoire est effectué après l'examen, pour ne pas induire le praticien. Dans cette étude, il s'agit exclusivement de détecter par auriculomédecine et de contrôler par la détection électrique différentielle.

## **Ordre pour effectuer les mesures**

Afin d'éviter toute éventuelle altération de la structure du point, on fera la recherche dans l'ordre suivant : d'abord le bâtonnet noir-blanc, puis la lumière blanche (LEP), enfin l'impédance (électricité).

## **Recherche des points réagissant à l'approche du bâtonnet noir-blanc**

Il s'agit d'un simple bâtonnet en plastique en forme de T, avec deux extrémités, l'une teintée en noir, l'autre en blanc. On approche l'extrémité blanche du bâtonnet à quelques millimètres de la face latérale de l'oreille, tout en prenant le pouls. On recherche une réponse positive du RAC, puis on passe à d'autres parties de l'oreille, de façon à évaluer la totalité des deux oreilles externes.

Puis on fera de même avec l'extrémité noire du bâtonnet. Les points réagissant par RAC + (RAC positif) seront analysés par l'éclairage ponctuel des couleurs bleu 44 et orange 22 (Wratten Kodak).

## **Recherche des points réagissant à l'éclairage à la lampe à éclairage progressif (LEP de Heine)**

Il s'agit d'une lampe possédant un rhéostat qui permet de débiter une quantité variable de lumière en un endroit limité. Le modèle utilisé émet une lumière qui ne chauffe pas la peau explorée.

On éclaire l'oreille avec la LEP au maximum, successivement chaque endroit de la partie externe du pavillon tout en prenant le pouls. On recherche une réponse positive du RAC, puis on passe à d'autres parties de l'oreille, de façon à scanner les deux oreilles externes. On notera sur le sectogramme chaque endroit où il s'est manifesté.

## **Contrôle par la détection électrique différentielle**

L'impédance des points détectés par le bâtonnet noir-blanc et la LEP sera contrôlée à l'aide de l'Agiscop®, après simple essuyage de l'oreille par coton.

## **Analyse des résultats observés, selon les divers types de détection** (tableau I)

Du 28 janvier 2008 au 19 février 2008, 34 personnes ont été examinées ainsi. Chacune d'elles avait une raison médicale pour consulter.

241 points ont été reconnus à l'aide du RAC-VAS, soit une moyenne de 7,09 par sujet.



**Tableau I** – Résultats globaux des divers types de détection.

Types de points sur 34 sujets	Total détecté	Moyenne par sujet
Total points détectés	241	7,26
Points à la fois « blancs » ET LEP	147	4,32
Points « blancs » seuls	26	0,76
Tous points « blancs »	173 (147+26)	5,09
Points LEP seuls	39	1,15
Tous points LEP	186 (147+39)	5,47
Total points détectés au noir	43	1,26

## Détection à l'approche du bâtonnet blanc et/ou LEP Heine

- Points reconnus à la fois à l'approche du bâtonnet détecteur blanc ET à l'éclairage à la LEP : 147 soit une moyenne de 4,32 par sujet.
- Totalité des points reconnus à l'approche du bâtonnet blanc : 173, soit une moyenne de 5,09 par sujet.
- Totalité des points reconnus par l'éclairage à la LEP : 186, soit une moyenne de 5,47 par sujet.

## Détection à l'approche du bâtonnet noir

- Points reconnus par la seule approche du bâtonnet noir : 43, soit une moyenne de 1,26 par sujet.
- Sur les 43 points détectés par le noir, 35 ont été également testés par la projection ponctuelle de couleur bleu 44 et de couleur orange 21.
- Sur ces 35 points, 29 ont été reconnus positifs à la couleur 44 (soit 83 %), six ont été reconnus positifs à la couleur 21 (soit 18 %).

# Analyse des vérifications par le détecteur électrique Agiscop®

## Signification du classement des résultats

« Forte baisse d'impédance » signifie une détection positive à un réglage égal ou inférieur à 4,5 de l'Agiscop®, le sélecteur étant placé en position + (plus).

« Faible baisse d'impédance » signifie une détection positive à un réglage égal ou supérieur à 5 de l'Agiscop®, le sélecteur étant placé en position + (plus).

« Élévation d'impédance » signifie une détection positive, le sélecteur étant placé en position – (moins) de l'Agiscop®.

## Parmi les 147 points reconnus à la fois à l'approche du bâtonnet détecteur blanc et à l'éclairage par la LEP (tableau II)

139 points (soit 95 %) ont été contrôlés en baisse d'impédance, dont 105 (soit 71 %) en forte baisse d'impédance, 34 (soit 23 %) en faible baisse d'impédance.

**Tableau II** – Impédancemétrie des « points blancs » et des « points LEP ».

Types de points	Baisse d'impédance	Forte baisse d'impédance	Faible baisse d'impédance
Points reconnus par bâtonnet blanc ET LEP 147	139 (95 %)	105 (71 %)	34 (23 %)
Points reconnus par bâtonnet blanc seul 26	15	11	4
Points reconnus par LEP seule 39	34	15	19
Tous points blancs 173	139+15 154 (89 %)	105 + 11 116 (67 %)	34 + 4 38 (22 %)
Tous points LEP 186	139+34 173 (93 %)	105 + 15 120 (65 %)	34 + 19 53 (28 %)

### Parmi les 173 « points blancs »

154 points (soit 89 %) ont été contrôlés en baisse d'impédance, dont 116 (soit 67 %) en forte baisse d'impédance, 38 (soit 22 %) en faible baisse d'impédance.

### Parmi les 186 « points LEP »

173 (soit 93 %) ont été contrôlés en baisse d'impédance, dont 120 (soit 65 %) en forte baisse d'impédance, 53 (soit 28 %) en faible baisse d'impédance.

### Parmi les 43 points reconnus par l'approche du bâtonnet noir (tableau III)

40 (soit 93 %) ont été contrôlés en élévation d'impédance.

Tableau III – Impédancemétrie des « points noirs ».

Points reconnus par le bâtonnet noir	Élévation d'impédance	Faible baisse d'impédance
Tous points bâtonnet noir 43	40 (93%)	11
Couleur bleu 44 et bâtonnet noir 29	28 (quasiment tous)	2
Couleur orange 21 et bâtonnet noir 6	3 (un sur deux)	6 (tous)

### Parmi les 29 points reconnus à la fois par le bâtonnet noir et la couleur 44

28 ont été contrôlés en élévation d'impédance (position – de l'Agiscop®), dont deux à la fois en élévation d'impédance et en faible baisse d'impédance (position 6 +), en limite !

## Conclusions

Il ressort de cette analyse de 241 points auriculaires que :

- les points détectés à la fois par l'approche du bâtonnet blanc ET à l'éclairage par la LEP sont les plus nombreux (quatre par sujet) ;
- 95 % des points détectés à la fois par l'approche du bâtonnet blanc ET à l'éclairage par la LEP sont contrôlés en baisse (plus ou moins forte) d'impédance ;
- les points détectés par l'approche du bâtonnet noir sont peu nombreux (un à deux par sujet). La majorité de ces points sont également détectés par l'éclairage ponctuel à la couleur bleu 44. Ces points détectés à la fois par l'approche du bâtonnet noir et à la couleur bleu 44 ont été nommés par Paul Nogier « fuites énergétiques ». Ils sont contrôlés en élévation d'impédance.

## Discussion et perspectives

### Relatives à la perception du RAC-VAS

La recherche du RAC-VAS est une remise en cause des idées reçues et des dogmes officiels. Il est aisé de comprendre que certains médecins ne pourront jamais s'y impliquer !

Les résultats notés dans cette étude montrent que cette détection ne relève pas du hasard.

### Relatives à la confrontation entre la clinique et la mesure d'impédance

Il est logique et parfaitement possible de réaliser des études comparatives entre les données du RAC-VAS et des données physiques mesurables, telles que la mesure d'impédance électrique. L'important est la valeur statistique issue de ces corrélations.

Il n'est pas habituel de mélanger auriculothérapie et auriculomédecine. L'auriculothérapie est plus cartésienne : c'est une « médecine de correspondances », logique, avec des cartographies et des mesures physiques, plutôt reliée au « cerveau gauche ». L'auriculomédecine peut être qualifiée de « médecine de l'information », plus émotionnelle, plutôt de type « cerveau droit ».

La dichotomie manichéenne auriculothérapie-auriculomédecine n'a pas de raison d'être. Il est différentes façons d'approcher un malade, une pathologie ou un simple point auriculaire ! Contrôler une perception manuelle (le RAC-VAS) par une mesure physique (l'impédance électrique) est une élégante approche, permettant d'évaluer le RAC-VAS.

Un point d'oreille ressenti par le RAC-VAS n'est pas une vue de l'esprit ! Cette étude pourrait être une argumentation adressée à ceux qui critiquent le RAC-VAS, soit parce qu'ils n'ont pas été capables de le percevoir, soit parce qu'il n'entre pas dans leur vision personnelle !

## **Certains tests décrits par Paul Nogier sont valides**

- La détection avec la lampe de Heine, décrite sous sa forme actuelle en 1984.
- La détection avec le bâtonnet noir-blanc, décrite sous sa forme actuelle en 1984.
- L'intérêt des couleurs orange 21 et bleu 44, décrit sous sa forme actuelle en 1983.

## **Certaines mesures sont discutables**

La faible baisse d'impédance n'est-elle pas à la limite de l'artéfact ? Les variations d'impédance sur 0,5 mm montrent les limites de l'appareillage utilisé pour effectuer des mesures fines.

# Auriculothérapie : un nouveau contrôle du RAC-VAS par détection électrique (extraits)<sup>1</sup>

Y. Rouxville, M. LeBel, Y. Méas, D. Trabelsi

Des corrélations ont été établies sur deux groupes de sujets entre 157 points d'oreille retrouvés par le RAC-VAS et leur mesure par l'impédance électrique. Les points détectés en battement fréquentiel (FH+FB) sont contrôlés à 40 % en forte baisse d'impédance par rapport à leur environnement. Les points détectés par la fréquence FH ou la fréquence FB sont contrôlés soit en baisse (forte ou élevée) d'impédance, soit en élévation d'impédance par rapport à leur environnement.

## Matériel et méthodes

La reconnaissance manuelle du RAC-VAS est bien codifiée. Parmi les stimulations auriculaires, nous avons retenu les plus fiables observées en 20 ans de pratique, proposées par Paul Nogier lors de son riche enseignement.

## Stimulations effectuées

Effectuée en juillet 2009, la recherche a porté sur des patients volontaires, tout venant, avant l'interrogatoire portant sur les motifs de consultation.

Les stimulations effectuées pour déclencher le RAC-VAS ont été :

- la projection d'une fréquence de battement créée par les deux fréquences 8,74 Hz (dite FH) et 3,75 Hz (dite FB), toutes deux étant émises de manière simultanée en lumière rouge ;
- la projection des deux fréquences 8,74 Hz (FH) et 3,75 Hz (FB), étant émises de façon isolée (l'une puis l'autre) en lumière rouge.

---

1. Présenté au V<sup>e</sup> Symposium international (Bologne 2009). Paru dans *Acupuncture & Moxibustion*, vol. 8, n° 4, p. 233-7 et dans les *Annales du GLEM* (2008-2009), p. 87-92. Reproduit avec l'aimable autorisation de la revue *Acupuncture & Moxibustion* et des *Annales du GLEM*.

## Détecteur électrique utilisé

Pour objectiver l'impédance, nous avons utilisé le Modulo 100® dont la lecture de l'échelle nous a été d'une aide considérable, en permettant des mesures plus aisées et plus fiables que celles obtenues par manipulation du potentiomètre, sans modifier l'appui du capteur.

Tous les résultats ont été reportés sur un schéma fiable, le sectogramme de Romoli.

## Résultats

### Stimulation auriculaire par BATTEMENT fréquentiel (8,74 Hz (FH) et 3,75 Hz (FB))

Les oreilles de 24 patients ont été analysées par éclairage simultané par FH et FB :

- 64 points ont été retrouvés (2,66 par sujet) ;
- 55 de ces points ont été retrouvés au Modulo (84 %) en baisse d'impédance : seulement 26 en forte baisse d'impédance (la même que le point zéro droit), soit 48 % (40 % de 64) ; 22 en plus faible baisse d'impédance soit 41 % (34 % de 64) ainsi répartis : 16 à moins 2 points, et 6 à moins 3 points que le point zéro droit (fig. 1).

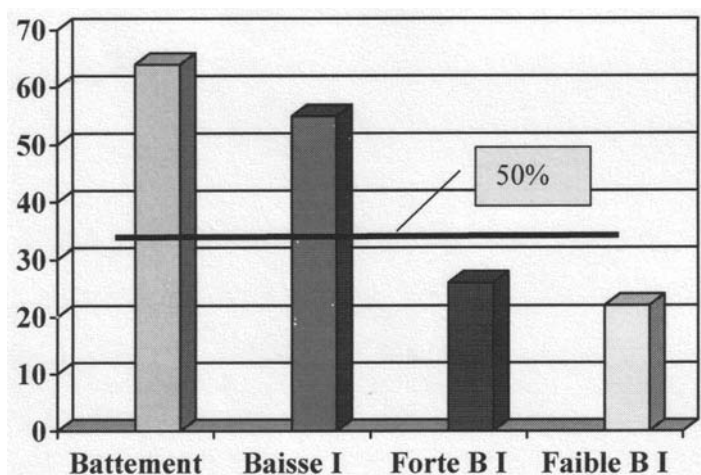


Fig. 1 – 64 points détectés avec la fréquence de battement.

Outre les 64 points retrouvés, huit points fixes<sup>2</sup> ont été reconnus, soit 12 % des points et le tiers des sujets. La valeur électrique de ces points particuliers est très aléatoire, ce qui confirme qu'ils sont très particuliers !

## Stimulation auriculaire par fréquences 8,74 Hz (FH) puis 3,75 Hz (FB)

Les oreilles de 20 patients ont été analysées par l'éclairage successif par les fréquences FH puis FB.

93 points ont été retrouvés, soit 4,65 par sujet. Ils se répartissent ainsi :  
 – 48 points ont été notés comme réagissant à FH (2,4 par sujet) ;  
 – 45 points ont été notés comme réagissant à FB (2,25 par sujet) (fig. 2).  
 D'ailleurs, 9 de ces 93 points ont réagi à chaque fréquence (FH et FB).

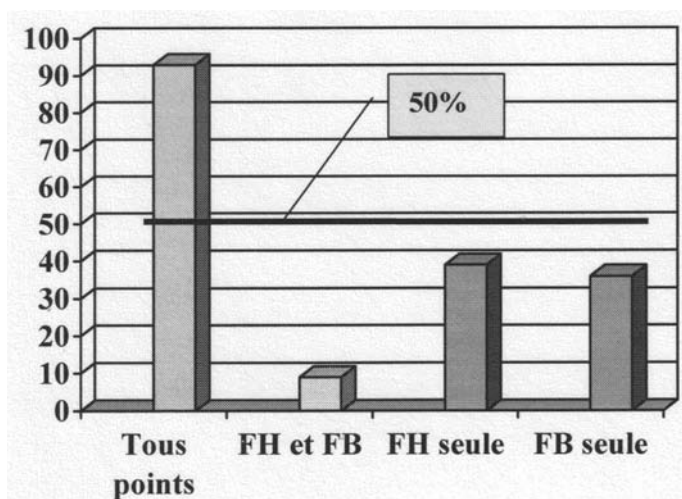


Fig. 2 – 93 points détectés avec FH et FB.

Pour ces 93 points détectés par éclairage successif par les fréquences FH et FB, une variation significative de l'impédance a été retrouvée 88 fois par le Modulo, soit une moyenne de 94 %.

L'impédance des 81 points détectés seulement par FH OU par FB : 67 fois contrôlée, soit à près de 83 % : 35 pour FH, 32 pour FB. Au total :  
 – 26 en forte baisse d'impédance (identique à zéro droit) ;

2. Un point fixe est un point où le VAS se déclenche lors de l'éclairage à la même couleur bleu 44 (ou orange 21), à la fois en respiration automatique et en apnée respiratoire.



- 18 en faible baisse d'impédance (–1 point à –4 points par rapport à zéro droit) ;
- 23 en élévation d'impédance (fig. 3).

On note cette répartition inattendue des trois types de détections, comparable pour les points HF et pour les points BF !

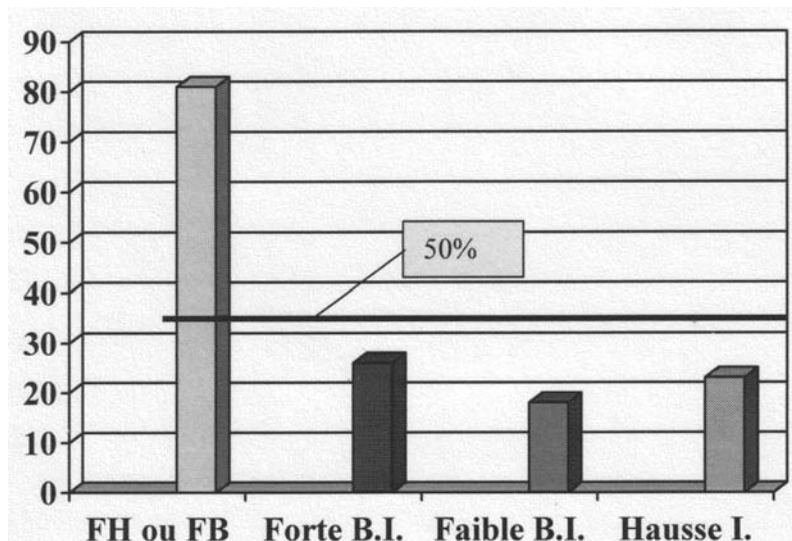


Fig. 3 – Impédance de 81 points détectés par FH ou FB.

## Discussion

### Intérêt des mesures fines de l'impédance des points

En auriculothérapie, on enseigne aux débutants la seule recherche des points en forte baisse d'impédance (niveau du point zéro). Les études présentées montrent l'intérêt de vérifications complémentaires, plus fines : en faible baisse d'impédance, en élévation d'impédance. Nous ne les comprenons pas pour autant.

### Importance du nombre de RAC-VAS réactionnels

En fin de la publication parue en 2008 dans la revue *Acupuncture & Moxibustion*, nous estimions « *Intellectuellement, il serait enseignant de comparer le nombre de RAC-VAS à l'éclairage d'un point par la LEP et la valeur d'impédance de ce point.*

*De même, on pourrait comparer le nombre de RAC-VAS à l'approche du bâtonnet blanc d'un point et la valeur d'impédance de ce point ». Contrairement à notre attente, le nombre de RAC-VAS est absolument indépendant du résultat donné par l'appareil dans l'étude menée en 2009. Tout se passe donc comme si le nombre de RAC-VAS indiquait seulement la vigueur de la réaction du malade à une stimulation déterminée.*

## Conclusions

### **L'étude des variations de l'impédance du point d'oreille est une mesure objective**

La dichotomie manichéenne entre l'auriculothérapie et l'auriculomédecine n'a pas de raison d'être. Ce sont différentes façons d'approcher un malade, une pathologie ou un simple point auriculaire !

La détection par la fréquence de battement (FH et HB simultanées) est reconnue comme très fiable par les utilisateurs. Le faible pourcentage (48 %) de forte baisse d'impédance chez ces points, et le taux particulièrement élevé (24 %) de « faux points » (non reconnus en détection électrique) justifie des contre-mesures.

L'étude menée en 2009 étant une prise en mains du Modulo 100®, est-ce un biais ?

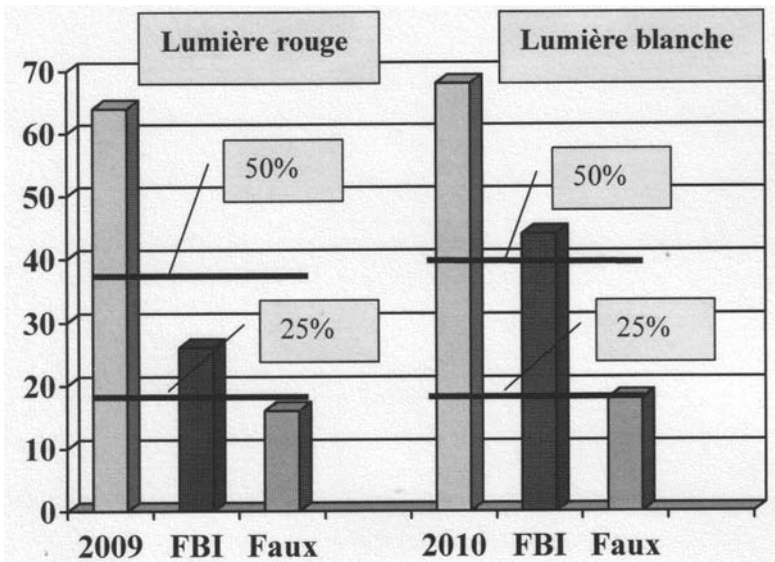
## Nouvelles conclusions (2010)

### **Un second contrôle de la fréquence de battement**

En avril 2010, 21 personnes ont été contrôlées avec la fréquence de battement, cette fois en lumière blanche, *versus* Modulo 100®. Ont été recrutés 68 points. Sur ces 68 points, 44 ont été contrôlés en forte baisse d'impédance (65 %), pour 40 % en 2009.

Les 68 points représentent 3,23 par sujet (2,66 par sujet en 2009), ce qui est équivalent.

Les 18 « faux points », non retrouvés par le détecteur électrique, sont à 26 % (25 % en 2009), ce qui est équivalent (fig. 4).



**Fig. 4** – Deux études sur la fréquence de battement.

Ce contrôle est conforme à l'opinion des utilisateurs. Le taux de « faux points » est comparable, ce qui plaide pour un contrôle ultérieur des points symétriques.

La seule différence entre les deux séries semble bien être l'émission en lumière rouge ou en lumière blanche.

Dans ces courtes séries, la lumière blanche est plus performante en termes de forte baisse d'impédance.

# Bilan de deux années d'évaluation des tests d'auriculomédecine décrits par Paul Nogier (*versus* détection électrique)<sup>1</sup> (extraits)

Y. Rouxeville, M.R. LeBel, M. Méas, D. Trabelsi, S. Ghattas

Sur deux ans, 1 282 points ont été détectés chez 423 sujets, à l'aide des tests dits d'auriculomédecine, décrits par Paul Nogier. Ils ont été contrôlés par détection électrique. Les lois statistiques montrent que les informations détectées par le signal dit du RAC-VAS ne relèvent pas du hasard, sans être pour autant infaillibles.

## Introduction

### Rappel sur le RAC-VAS

Les pouls chinois sont une donnée majeure de l'examen clinique traditionnel en acupuncture. Il s'agit d'une mesure statique : « *Pendant le moment de l'examen, au repos, les pouls chinois sont constants, et ils donnent une formule qui caractérise l'équilibre Yin et Yang de la personne* ». En revanche, le RAC-VAS décrit par Paul Nogier est un aspect dynamique du pouls du malade. « *Le VAS (ou RAC), lui, est une modification passagère du pouls qui varie avec les stimulations à l'oreille ou à la peau* ».

---

1. Paru dans *Acupuncture & Moxibustion* (2010) vol. 9, n° 3, p. 188-95, dans le n° 1 d'ICAMAR (oct. 2010), et dans le n° 224 des *Cahiers de Biothérapie* (décembre 2010). Reproduit avec l'aimable autorisation de la revue *Acupuncture & Moxibustion* et des *Cahiers de Biothérapie*.

## Tests dits d'auriculomédecine décrits par Paul Nogier

Dans les années 1970 à 1990, Paul Nogier a noté et décrit les effets de divers stimuli appliqués sur l'auricule. Le contrôle randomisé de divers tests utilisés depuis 20 à 30 ans a été mené en contrôlant l'impédance découverte par ces tests. Ont été évalués les tests suivants :

### *Éclairage de l'oreille par la lumière blanche*

Emploi de la lampe à éclairage progressif de Heine (dite LEP) au maximum. C'est un test général.

### *Approche de l'oreille par l'extrémité blanche du bâtonnet détecteur noir-blanc*

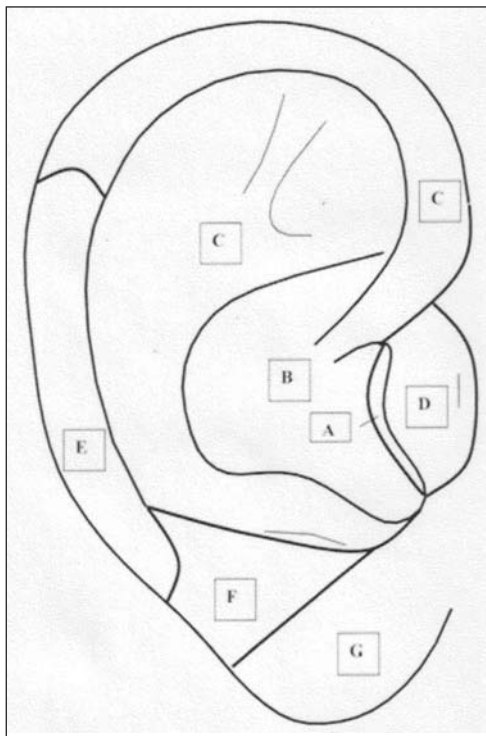
C'est un test général.

### *Approche de l'oreille par l'extrémité noire du bâtonnet détecteur noir-blanc*

Conjuguée à l'éclairage ponctuel par la couleur bleu 44 de Wratten Kodak, c'est un test spécifique, dit de « fuite énergétique ».

### *Éclairage de l'oreille par les fréquences dites de Paul Nogier*

Codées A, B, C, D, E, F, G, fait en infrarouge à l'aide d'un dispositif du commerce. Ces fréquences sont des harmoniques (des multiples) s'étalant de 2,28 Hz à 146 Hz. On notera si l'éclairage d'un point d'oreille permet de retrouver soit la seule fréquence de base (fig. 1) soit les sept fréquences. Dans les deux cas, il s'agit de tests spécifiques.



**Fig. 1** – Correspondance des fréquences sur le pavillon auriculaire.

### ***Recherche de points induits par un filtre chromatique***

Ce test nécessite un minimum d'explications. Nous avons analysé 12 filtres chromatiques Wratten Kodak, dont le caractère dit toxique est supposé si la pose de ce filtre sur l'oreille droite ou gauche déclenche au moins quatre RAC-VAS. Le filtre reconnu toxique est alors posé sur le bras du sujet, et l'on recherche à l'oreille un point induit, par la LEP au maximum. Il s'agit de tests spécifiques.

### ***Recherche de points induits par un extrait alimentaire***

Réalisée à partir d'une batterie de sept aliments courants. La démarche, à la recherche d'un aliment dit toxique, est strictement la même que pour la recherche de points induits par un filtre chromatique. Dans les deux cas, on aura noté au préalable les points d'oreille réagissant à l'éclairage par la LEP au maximum. Ce point induit, différent des points découverts spontanément, n'est détectable que par cet artifice ! Il s'agit de tests spécifiques.

### ***Éclairage de l'oreille avec une lumière polarisée simple***

Polarisée dans le grand axe de l'oreille (position dite « nuit »), polarisée dans l'axe perpendiculaire au grand axe (position dite « jour »), puis d'une lumière doublement polarisée (position dite « passage jour-nuit »). Il s'agit de tests généraux et spécifiques.

### ***Éclairage ponctuel de l'oreille par des projections colorées de filtres Wratten Kodak***

Il s'agit de tests spécifiques, en rapport avec la signification proposée pour chaque couleur.

## **Justification de la recherche**

Il y a une dizaine d'années, Philippe Castera, à l'époque directeur de la commission Évaluation de la F.A.FOR.ME.C., estimait que la communauté médicale et la communauté scientifique étaient en attente d'une évaluation des tests d'auriculomédecine.

En 2005, le Pr Youenn Lajat, à l'époque président du Conseil de coordination du DIU d'acupuncture, estimait que les tests d'auriculomédecine devaient être enseignés au Module d'auriculothérapie, et que ces tests devraient être évalués.

En octobre 2006, Marco Romoli écrivait à Yunsan Méas et Yves Rouxville, en souhaitant intégrer l'évaluation de tests d'auriculo-médecine dans son prochain livre, *Auricular diagnosis*, paru fin 2009. Les protocoles initiaux pour cette étude furent établis en 2007 : l'évaluation a débuté en janvier 2008.

## Matériel et méthodes

### Recrutement des sujets

L'étude précise d'un sujet nécessite un temps d'examen se rajoutant au temps habituel de consultation. Les sujets recrutés ont été retenus sur la possibilité d'être inclus dans cette étude sans trop désorganiser le travail planifié pour les soins prévus pour les autres malades.

La recherche a porté sur des patients volontaires, tout venant, avant l'examen portant sur les motifs de consultation. Il n'a pas été fait de désinfection par l'alcool ni autre produit avant la détection, juste un nettoyage de l'oreille avec du coton sec.

L'étalonnage du détecteur a été fait par réglage sur la valeur de l'impédance du point zéro, niveau R reconnu comme correspondant à un point pathologique, à un stade lésionnel. Dans les diverses études effectuées, seule la face latérale de l'oreille a été examinée.

### Ordre des mesures effectuées

Les mesures les plus subtiles ont été faites en premier, afin de ne pas modifier le point. La recherche de la douleur à la pression n'a pas été faite : risque de modification de la valeur électrique du point, décrit par le Dr Claudie Terral. La recherche de l'impédance a été faite en dernier : risque de dérive par modification de la valeur électrique du point.

Pour éviter les artéfacts, la mesure du pouls n'a été prise en compte qu'à partir de quatre RAC-VAS.

### Contrôle de l'impédance de ces points

Un microprocesseur analyse la résistance au passage d'un courant continu de 5  $\mu\text{A}$ . Il compare les deux mesures (point/masse et cercle/masse).

Le contrôle d'impédance des points d'oreille se fera par détection électrique différentielle. Le dispositif utilisé en 2008 fut l'Agiscop DT®. Pour les

études effectuées en 2009 et 2010, nous avons choisi un nouveau dispositif, le Modulo 100® : la mesure visuelle complète et enrichit le signal sonore. Le praticien n'a plus à faire varier le potentiomètre pour savoir la valeur d'impédance du point : il voit sans toucher à rien. Les mesures sont donc plus fiables, bien que les deux dispositifs utilisent le même principe de mesure.

Ayant noté des valeurs d'impédance différentes, entre le point zéro à l'oreille droite et le point zéro à l'oreille gauche chez le même sujet, nous avons tenu compte des niveaux de référence R au point zéro de l'oreille droite (Rd) et au point zéro de l'oreille gauche (Rg), pour les études faites à partir de l'automne 2009.

Les recherches d'impédance seront faites avec un positionnement correct de l'extrémité de détection : la pression doit être constante, les électrodes doivent être perpendiculaires à la peau et à demi enfoncées, soit 30 à 50 g/mm<sup>2</sup>. Leur surface de contact doit être constante et complète. Il faut déplacer lentement le système de détection sur la peau, pour laisser au microprocesseur un temps suffisant pour les mesures et le calcul électronique.

## Forte baisse d'impédance

Dans le cadre des études faites à partir de l'automne 2009 avec le Modulo 100®, nous avons retenu comme niveau significatif de forte baisse d'impédance l'ensemble recouvrant le niveau de référence R plus les deux LED au-dessus et les deux LED au-dessous. Le niveau de référence Rd (zéro droit) n'est pas obligatoirement le niveau de référence Rg (zéro gauche).

## Résultats

Le total des tests effectués a recruté 1 282 points chez 423 sujets (soit une moyenne de 3 points par sujet), dont 753 en forte baisse d'impédance (58,7 %).

### Lumière blanche

#### *LEP maximum versus Agiscop®* (fig. 2)

L'éclairage de l'oreille par la lampe à éclairage progressif (dite LEP de Heine) au maximum, *versus* Agiscop DT, fut notre première étude (8, 9). 186 points ont été recrutés chez 34 sujets (5,31 par sujet), dont 120 points en forte baisse d'impédance (64,5 %) (8, 9).



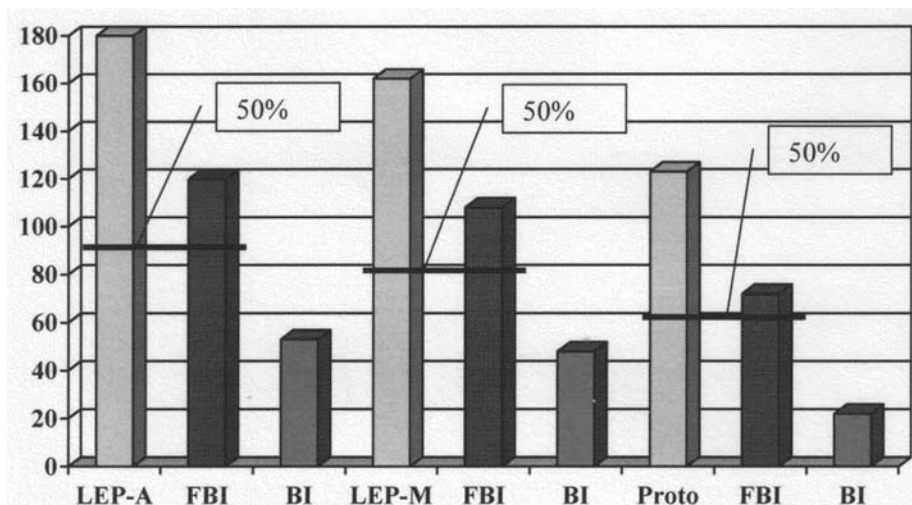


Fig. 2 – L'éclairage par une lumière blanche au maximum.

### **LEP de Heine, versus Modulo 100®**

Nous avons tenu à faire un essai comparatif : le même test face à un détecteur électrique différent. 54 points ont été recrutés chez 13 sujets (4,15 par sujet), dont 36 points en forte baisse d'impédance (66,6 %).

### **Prototype de LEP, versus Modulo 100®**

L'éclairage de l'oreille par un prototype de lampe à éclairage progressif, *versus* Modulo 100®. 123 points ont été recrutés chez 24 sujets (5,12 par sujet), dont 72 points en forte baisse d'impédance (58,5 %). L'éclairage par la LEP de Heine était à incandescence, alors que le prototype émettait une lumière froide, Led bien différente.

## **Bâtonnet blanc**

L'approche de l'oreille par l'extrémité blanche du bâtonnet détecteur noir-blanc (test général), *versus* Agiscop DT®, fut notre seconde étude. Portant chez 34 sujets, elle a recruté 173 points (5,09 par sujet), dont 116 points en forte baisse d'impédance (67 %).

## Points détectés en « tirs croisés » (à la fois par deux tests différents) (fig. 3)

### « Tirs croisés » LEP et bâtonnet blanc

Ces « tirs croisés », recrutent les points détectés à la fois par la LEP et par la pointe blanche : 147 points pour ces 34 mêmes sujets (4,32 par sujet), dont 105 points en forte baisse d'impédance pour ces deux tests généraux (71,4 %).

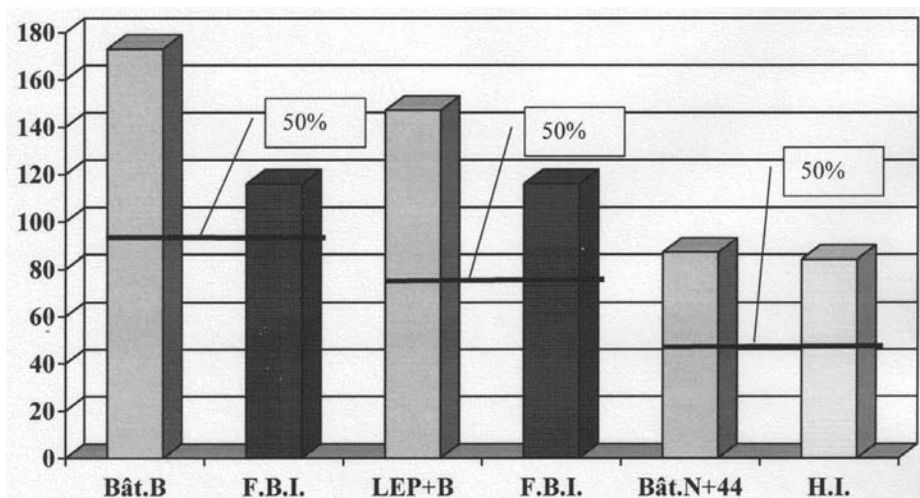


Fig. 3 – Les « tirs croisés » par l'approche du bâtonnet noir-blanc.

### « Tirs croisés » bâtonnet noir et couleur bleu 44

L'approche de l'oreille par l'extrémité noire du bâtonnet détecteur noir-blanc, conjuguée à l'éclairage ponctuel par la couleur bleu 44 de Wratten Kodak, *versus* Agiscop DT®, fut notre troisième étude. Ces autres « tirs croisés » sont un test spécifique ; ils ont recruté 29 points chez les 34 même sujets (0,85 par sujet), dont 28 points en forte hausse d'impédance (96,5 %).

## Éclairage de l'oreille par les fréquences de Paul Nogier (fig. 4)

### Fréquence de base seule

La seule fréquence de base sur un point (une anomalie locale mineure), *versus* Modulo 100®, a été notée sur 40 points chez 20 sujets (2 par sujet), dont seulement 19 points en forte baisse d'impédance (47,5 %) pour ce test spécifique.

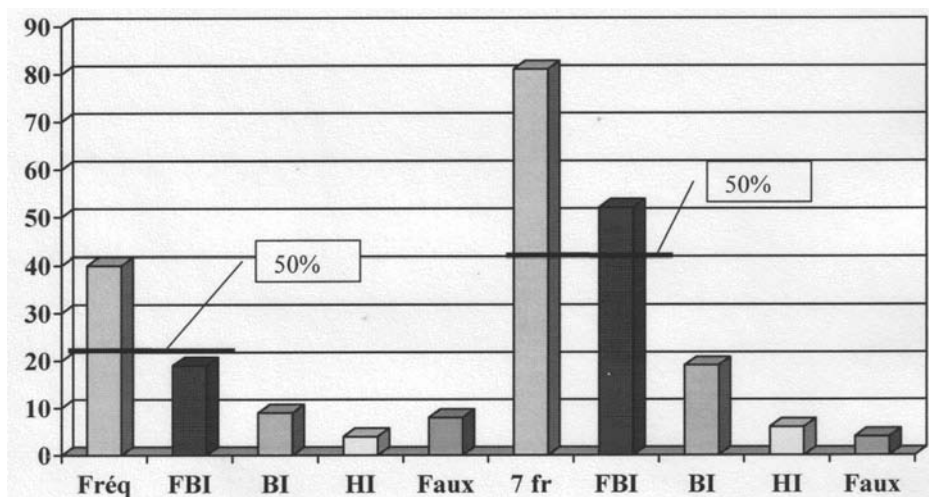


Fig. 4 – L'éclairage de l'oreille par les fréquences de Paul Nogier.

### ***Point foyers (7 fréquences)***

Les sept fréquences ont été retrouvées sur un point (dit « foyer »), *versus* Modulo 100®, et ont été notées sur 81 points chez ces 20 sujets (4,05 par sujet), dont 52 points en forte baisse d'impédance (64 % pour ce test spécifique).

## **Recherche de points induits (fig. 5)**

### ***Par un filtre chromatique***

Chez 25 sujets, on a recruté 48 points induits par un filtre chromatique (1,92 par sujet), dont seulement 21 points en forte baisse d'impédance (44 %) pour ce test spécifique.

### ***Par un extrait alimentaire***

Chez ces 25 sujets, on a recruté 30 points induits par un extrait alimentaire, (1,2 par sujet), dont 19 points en forte baisse d'impédance (63,3 %) pour ce tests spécifique.

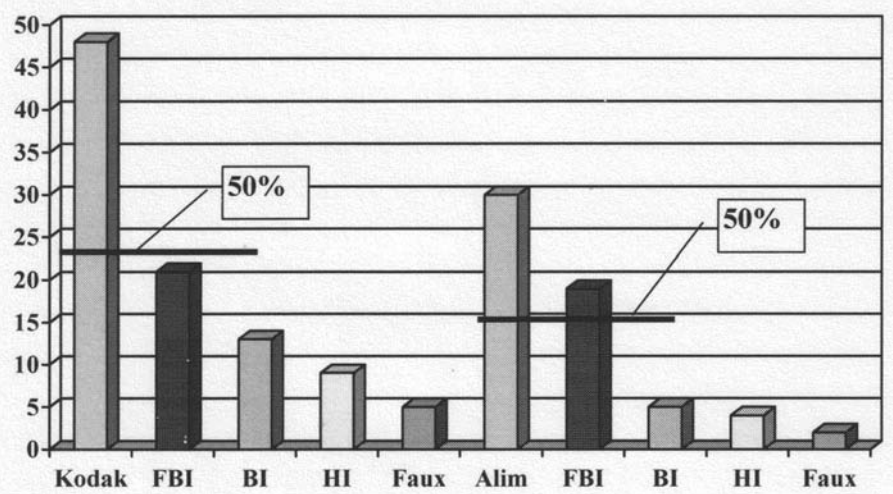


Fig. 5 – La recherche de points induits.

## Éclairage de l'oreille par une lumière polarisée (fig. 6)

### Lumière polarisée unidirectionnelle

L'éclairage de l'oreille avec une lumière polarisée unidirectionnelle, en position dite « nuit » et en position dite « jour », a recruté 77 points chez 20 sujets (3,85 par sujet), dont 55 points en forte baisse d'impédance (71,4 %) pour ce test à la fois général et spécifique.

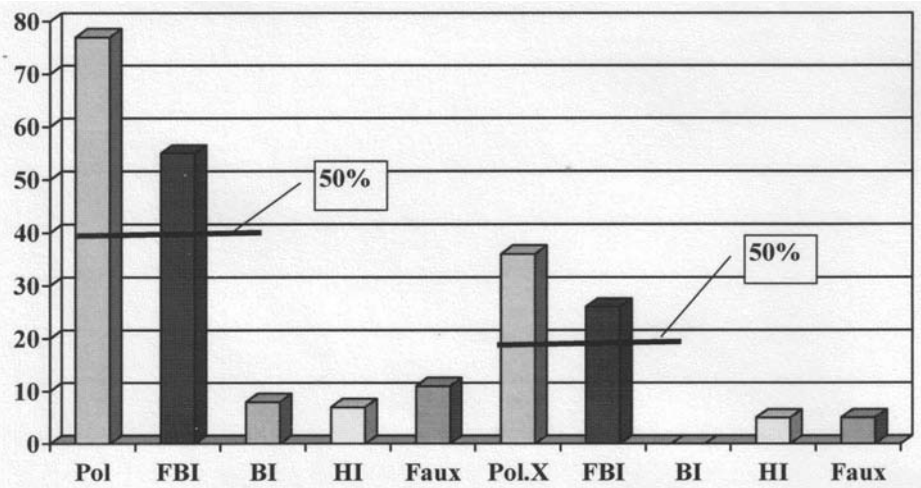


Fig. 6 – L'éclairage de l'oreille par une lumière polarisée.

### ***Lumière polarisée bidirectionnelle***

L'éclairage de l'oreille avec une lumière polarisée bidirectionnelle, en position dite « passage jour-nuit », a recruté 36 points chez ces 20 sujets (1,8 par sujet), dont 26 points en forte baisse d'impédance (72,2 %) pour ce test à la fois général et spécifique.

## **Bilan de seize études en deux ans**

Portant sur 410 sujets, un total de 1 140 points a été retrouvé (près de 3 points par sujet). Sur ces 1 140 points, une moyenne de 59 % a été retrouvée en forte baisse d'impédance.

## **Discussion**

### **Tests recrutant le plus grand pourcentage de forte baisse d'impédance**

Les études ont porté sur 1 282 points, dont 753 ont présenté une forte baisse d'impédance (soit une moyenne de 58,7 %). Les tests décrits par Paul Nogier qui sont les plus fiables en termes de forte baisse d'impédance sont ceux qui recrutent un pourcentage de forte baisse d'impédance supérieur à 58,7 %. Il s'agit de :

- LEP de Heine : 64,5 % de 186 points chez 34 sujets, confirmé par 66,6 % de 54 points chez 13 sujets ;
- bâtonnet blanc : 67 % de 173 points chez 34 sujets ;
- tirs croisés LEP et bâtonnet blanc : 71 % de 147 points chez 34 sujets ;
- tirs croisés couleur 44 et bâtonnet noir : 97 % de 29 points chez 34 sujets ;
- le point induit par un aliment : 63,3 % de 30 points chez 25 sujets ;
- les sept fréquences en infrarouge (« foyer ») : 64 % de 81 points chez 20 sujets ;
- la lumière polarisée unidirectionnelle : 71,4 % de 77 points chez 20 sujets ;
- la lumière polarisée bidirectionnelle : 72,2 % de 36 points chez 20 sujets.

Les études ont été menées sur 423 sujets, ce qui fait une moyenne de trois points par sujet ; les détails de ces différentes études paraîtront ultérieurement.

Bien que la forte baisse d'impédance soit la référence, il nous semble important de ne plus négliger les points en hausse d'impédance, recrutés significativement lors de certains tests. Il semblerait que ces points soient l'écho d'une faiblesse du terrain, sur divers plans à préciser. Alors que les points en forte baisse d'impédance sont des témoins en relation avec une atteinte pathologique.

## Vers des études multicentriques

Nous n'avons pas eu connaissance de tels travaux menés pour évaluer le RAC-VAS ou les tests d'auriculomédecine. Notre protocole de recherche au cabinet s'est amélioré, étude après étude. On remarquera que nous avons systématiquement juxtaposé les résultats en chiffres (habituels pour moins de 100) et en pourcentages (habituels au-dessus de 100).

Les « faux points » se situent dans une fourchette de 5 à 15 %. Dans les deux études sur les fréquences de Paul Nogier, faites simultanément chez les mêmes sujets, le taux de « faux points » est de 4,9 % pour les « foyers » mais il s'élève à 20 % pour les fréquences seules !

Les résultats obtenus par ces études sont significatifs, malgré des séries limitées. Il est donc important de les poursuivre en intégrant d'autres opérateurs expérimentés.

Un comité a été constitué ; il devra élaborer un protocole destiné à des études multicentriques.

## Conclusion

Les informations recueillies par le RAC-VAS sont valides : elles ne sont pas le fruit du hasard. Les informations recueillies par le RAC-VAS se sont pas infaillibles : elles ne peuvent donc pas être utilisées à la place de l'examen clinique classique, dont elles sont un complément très utile, à la condition que les mesures soient faites de manière académique.

Ces courtes études justifient d'être poursuivies sur de plus grandes cohortes, par une ou des études multicentriques encadrées par des protocoles de meilleure qualité, destinés à éviter les biais.

**Tableau I** – Vérification de correspondances auriculaires par le RAC-VAS (études effectuées du 28 janvier 2008 au 4 février 2010).

Nombre de sujets testés	Type de détection par auriculomédecine versus quel détecteur	Total des points détectés	Nombre de points par sujet	Nombre de points contrôlés en Forte Baisse d'Impédance	% des points FBI sur total des points
34	LEP Heine / Agiscop DT	186	5,47	120	65%
34	Bâtonnet blanc / Agiscop DT	173	5,09	116	67%
34	LEP Heine + bâtonnet blanc / Agiscop DT	147	4,32	105	71%

Nombre de sujets testés	Type de détection par auriculomédecine versus quel détecteur	Total des points détectés	Nombre de points par sujet	Nombre de points contrôlés en Forte Baisse d'Impédance	% des points FBI sur total des points
34	Bâtonnet noir +couleur bleu 44/ Agiscop DT	29	0,85	28 en Hausse d'Impédance	97%
24	Fréqu. de battement / Modulo 100	64	2,67	26	48%
24	FH & FB / Modulo 100	9	0,38	3	33%
24	FH, FB / Modulo 100	93	3,88	26	28%
20	Sept fréquences Nogier (foyer) / Modulo 100	81	4,05	52	64%
20	Fréquence Nogier seule sur plage / Modulo 100	40	2	19	48%
25	Point induit par couleur / Modulo 100	48	1,92	21	44%
25	Point induit par aliment / Modulo 100 30	30	1,20	19	63%
13	LEP Heine / Modulo 100	54	4,15	36	67%
24	Proto. LEP seule lum Forte / Modulo 100	50	2,08	23	46%
24	Proto. LEP lum Forte et faible / Modulo 100	73	3,04	49	67%
(24)	Proto. LEP toutes lumières / Modulo 100	123	5,13	72	59%
20	Lumière LEP polarisée simple / Modulo 100	77	3,85	55	71%
20	Lumière LEP polarisée double / Modulo 100	36	1,8	26	72%
410	Seize études	1.170	2,85	696	59%

# Contrôle par détection électrique des points auriculaires détectés par une projection colorée<sup>1</sup> (extraits)

Y. Rouxville, Y. Méas, M.R. LeBel, D. Trabelsi, S. Ghattas, P. Vidal, N. Ezzeddine, M. Delaplace, R. Ben Hassouna

Une étude randomisée établit la relation entre la détection ponctuelle à l'oreille par filtres chromatiques et la détection électrique différentielle. Les points détectés par trois couleurs chaudes sont majoritairement retrouvés en baisse d'impédance ; les points détectés par trois couleurs froides sont majoritairement retrouvés en hausse d'impédance.

## La couleur peut-elle aider au diagnostic auriculaire ?

### Opinion des enseignants de Nantes concernant les couleurs dans notre discipline (1)

L'enseignement de l'auriculothérapie que nous effectuons dans les facultés ou les associations se doit d'être crédible et acceptable. Les enseignants en auriculothérapie à la Faculté de Médecine de Nantes ont donc mûrement réfléchi avant d'exprimer leur intime conviction et leur expérience.

Répondant à une demande récurrente, ils ont décidé de mettre par écrit en septembre 2008 « La synthèse des stimuli et du diagnostic en auriculothérapie », un classement des stimuli utilisés en thérapeutique et pour le diagnostic.

Pour ce qui relève de la couleur en thérapeutique, elle a été classée au sein de la recherche : *À notre avis, cela concerne les procédés utilisant la lumière et la couleur sur des zones corporelles plus ou moins étendues, décrits sous le nom de chromoluminescence, de chromothérapie fréquentielle, etc.*

---

1. Publié dans le n°2 de la revue ICAMAR (mars 2011). Reproduit avec l'aimable autorisation de la revue ICAMAR.



Au plan diagnostic, la réponse était nuancée. S'ils ont reconnu valide la projection de lumières colorées sur la peau (pour l'aide au diagnostic du point), ils ont classé dans la recherche l'utilisation de filtres colorés posés sur la peau ou maniés à distance du corps.

Ils ont bien précisé que le passage sous le joug de l'évaluation restait la condition sine qua non : *cependant, nous avons l'obligation d'être critiques, d'évaluer ces divers stimuli, et d'en contrôler les résultats.*

Ils indiquaient la méthode logique de contrôle : *il est logique et parfaitement possible de réaliser des études comparatives entre les données du RAC-VAS et des données physiques mesurables, telles que la mesure d'impédance électrique. L'important est la valeur statistique issue de ces corrélations (2).*

S'étant basés sur leur propre expérience clinique de plus de 25 ans, ces enseignants ont œuvré depuis pour évaluer et contrôler leurs hypothèses.

## **Avis du Pr Jean Bossy, en 2008**

Il était à la fois étonné et surpris par le fait d'écrire et d'enseigner en Formation initiale à la Faculté de Médecine de Nantes que « *le diagnostic auriculaire puisse être fait par des projections colorées sur l'oreille* ». Cette notion ne passait pas auprès de ce très distingué universitaire qui a fait reconnaître l'acupuncture par l'Ordre des médecins, et créé l'enseignement de l'acupuncture dans les Facultés de Médecine. Or, il nous a toujours recommandé de bien différencier les hypothèses et les faits prouvés.

## **Des preuves scientifiques requises partout**

Les preuves scientifiques et la traçabilité prennent le devant, pour ce qui relève de la santé ou de l'alimentation. Le faire à notre étage semble indispensable à la survie de notre discipline ! Voici ce qui est exprimé dans la presse professionnelle :

« *Avant d'accorder une allégation de santé à un aliment, les autorités des pays non européens exigent, elles aussi, que leur soient fournies des preuves solides. Tour d'horizon de la situation au Canada, aux États-Unis et au Japon.*

« *Pour ces trois pays, l'unanimité règne sur le nécessité de justifier les allégations de santé réglementaires par des données scientifiques rigoureuses. Avec toutefois un bémol pour les États-Unis où, fait remarquer le ministère de la Santé canadien... »<sup>2</sup>.*

---

2. Faber C. Des preuves scientifiques requises partout. *Le Quotidien du Médecin Nutrition*, 22/10/2010, p. 15.

## Avis d'un magazine général destiné au grand public

La rédaction de cet article coïncide avec la parution du magazine *Le Point*. Il consacre aux « Autres médecines qui marchent » un dossier plutôt impartial à défaut d'être exhaustif. « Le guide des méthodes qui ont fait leur preuve » précède « Quelques autres médecines alternatives ».

Il est précisé que si l'acupuncture, la phytothérapie ou l'ostéopathie ont fait leur preuve, il n'en est pas de même avec la « *chromothérapie : projection sur l'organe malade ou sur un point énergétique de rayons lumineux colorés censés stimuler le système immunitaire... Non validée scientifiquement*<sup>3</sup> ».

## Mise en évidence de la couleur

### Vision humaine des couleurs

La lumière est l'ensemble des radiations électromagnétiques pour laquelle les yeux humains sont sensibles. Pour s'adapter aux conditions de vie sur Terre, l'homme a dû s'adapter au rayonnement émis par le soleil filtré par l'atmosphère terrestre. L'œil transmet les sensations colorées à notre cerveau par l'intermédiaire de la rétine et des 800 000 fibres du nerf optique.

Au centre de la rétine, chaque cellule visuelle est reliée à une fibre nerveuse : la vision est précise. Ce peut être 100 à 200 cellules par fibre nerveuse pour la vision périphérique, qui est médiocre. La sensibilité de l'œil humain se situe environ pour des radiations de longueurs d'onde comprises entre 400 et 700 nanomètres (nm).

Le prisme décompose la lumière en des plages colorées dont le centre et les limites varient selon les auteurs (fig. 1). Les couleurs rouge, orange et jaune (de longueurs d'onde 550 à 700 nm) sont dites « couleurs chaudes », alors que les couleurs vert, bleu et violet (de longueurs d'onde 400 à 550 nm) sont dites « couleurs froides ».

---

3. Les autres médecines qui marchent. *Le Point* du 14/10/2010, n° 1487, p. 72-88.

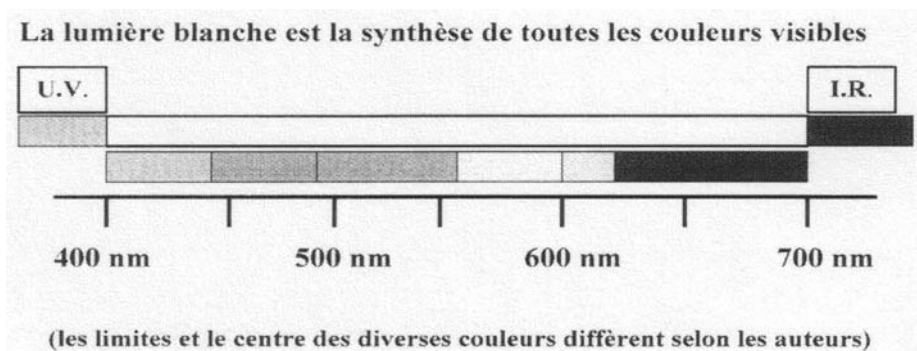


Fig. 1 – Les longueurs d'ondes des couleurs.

## Filtres chromatiques Wratten Kodak

Ils ne sont pas monochromatiques. Ils laissent passer plus ou moins de lumière, dans certaines plages, entre certaines limites (3, 4).

Ce sont les dispositifs utilisés dans notre discipline. Il s'agit de gélamines imprégnées de pigments. La lumière prend ainsi une couleur précise après les avoir traversées. La répartition des différents pigments permet une large palette, chaque filtre étant indiqué par un numéro. Chaque filtre chromatique est donc bien particulier. À titre d'exemple, nous présentons la lumière filtrée par trois filtres Kodak de couleurs froides et trois filtres Kodak de couleurs chaudes (fig. 2), en précisant que les parties grises correspondent à une transmission de la lumière entre 10 % et 100 %.

## Utilisations de ces gélamines colorées

Le praticien apprécie de manière experte les modifications du poulx (RAC-VAS) sous l'influence de ce filtre (5, 6), selon la méthode dite d'auriculomédecine.

On peut aussi éclairer une zone cutanée ou auriculaire par une source lumineuse filtrée, ayant traversé le filtre. Dans ce cas, la zone éclairée peut être de la taille d'un confetti (éclairage d'un point) ou de plusieurs cm<sup>2</sup> (éclairage d'une zone). L'expérience clinique permettra ainsi de définir une éventuelle relation physio-pathologique de certaines couleurs.

On peut poser le filtre sur la peau du sujet examiné, en lumière ambiante.

On peut également présenter le filtre à distance du sujet, en recherche d'une résonance avec un éventuel champ péricorporel.

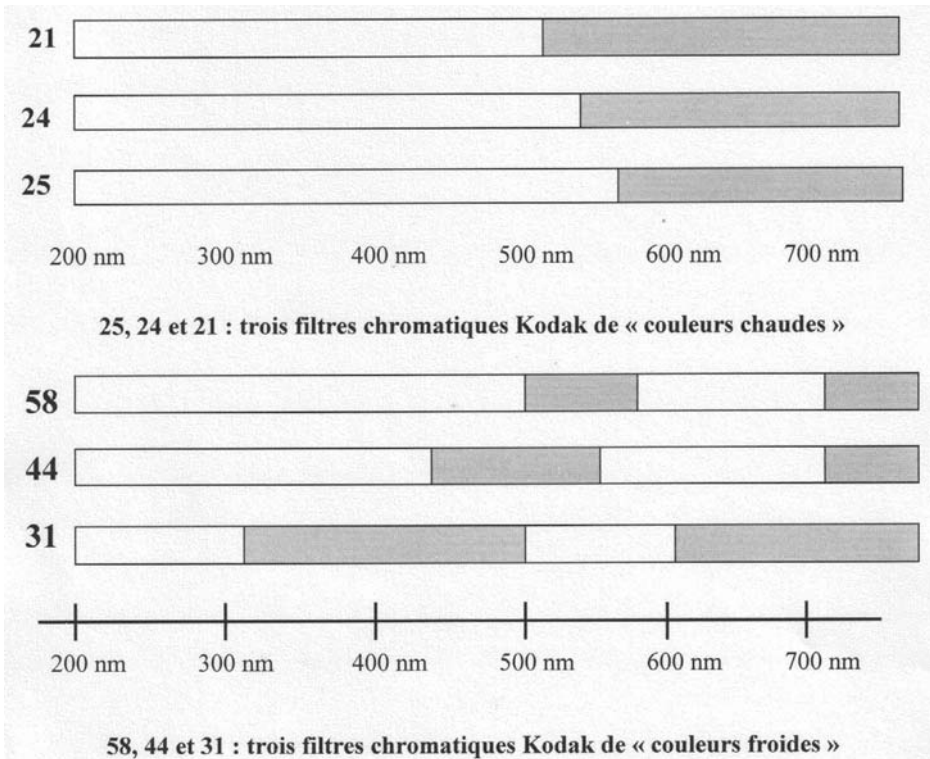


Fig. 2 – Les filtres chromatiques Kodak.

## Expériences menées sur les lapins

Les expériences menées sous la direction de Paul et Raphaël Nogier, relatives à l'éclairage de la peau de lapins, montrent que l'effet de la lumière modifie des réponses physiologiques (fig. 3). La lumière modifie le taux des catécholamines plasmatiques du lapin. Ces travaux méconnus nous renseignent sur le rôle de la transmission de la lumière à travers les tissus (7, 8, 9).

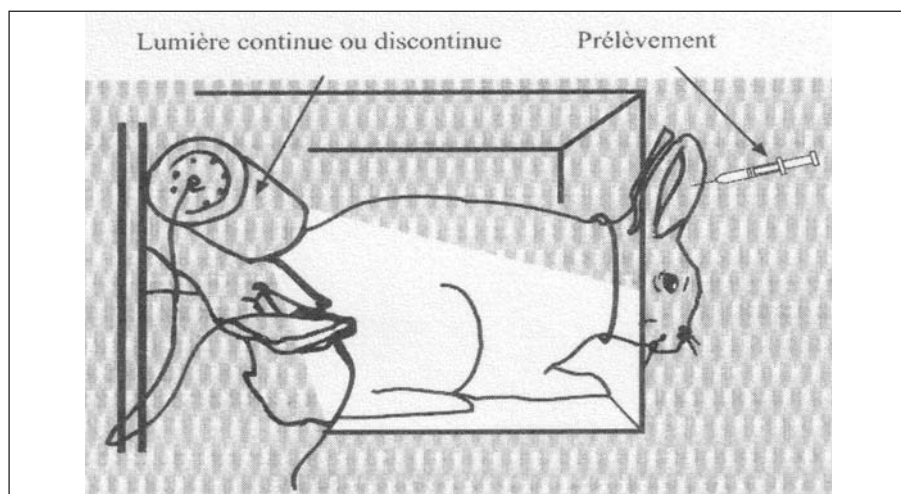


Fig. 3 – Les expériences menées sur les lapins.

## Contrôle des points détectés par l'éclairage ponctuel de l'oreille

### Matériel et méthodes

On éclaire les faces latérales des deux pavillons de l'oreille par la couleur issue du détecteur lumineux (mesure la plus subtile, faite en premier afin de ne pas modifier le point). Six couleurs ont été retenues : rouge 25, vert 58, bleu 44, orange 21, rouge 24, magenta 31.

Dans un second temps, ces points ont été contrôlés à l'approche de la seule pointe blanche du bâtonnet noir-blanc.

Dans un troisième temps, on effectue le contrôle de l'impédance de ces points.

Trente sujets non sélectionnés ont été ainsi examinés du 25 février au 8 avril 2010.

## Résultats

254 points ont été détectés par la projection de couleurs (soit 8,5 points par sujet), dont 152 pour les trois couleurs chaudes (61 pour R 25, 53 pour R 24, 38 pour O 21), et 102 pour les trois couleurs froides (28 pour V 58, 30 pour B 44, 44 pour M 31).

### *Contrôle de la projection des trois couleurs chaudes* (fig. 4)

152 points ont été retrouvés chez ces 30 sujets (moyenne de 5 par sujet). Dans le détail, nous avons :

- rouge 25 : 61 points, dont 58 sont également blancs (95 %), 52 en forte baisse d'impédance (85,2 %) ;
- rouge 24 : 53 points, dont 52 sont également blancs (98 %), 47 en forte baisse d'impédance (89 %) ;
- orange 21 : 38 points, dont 32 sont également blancs (84 %), 32 en forte baisse d'impédance (84 %).

Le total de ces points en forte baisse d'impédance est de 131 ; ceux en hausse d'impédance sont 3. Soit un total de 134, donc 88 % de contrôles électriques significatifs pour ce test dit spécifique.

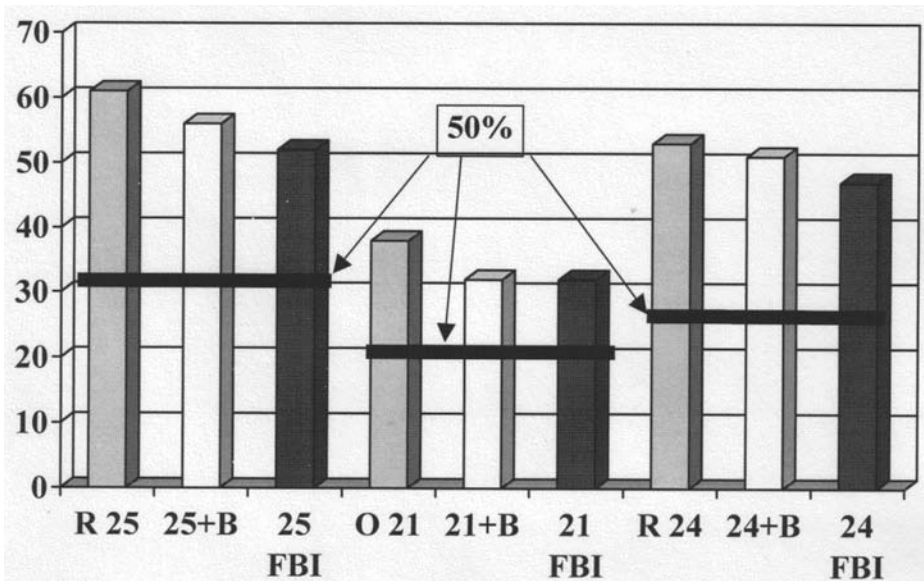


Fig. 4 – Les trois couleurs chaudes étudiées (R 25, O 21, R 24).

### **Contrôle de la projection des trois couleurs froides** (fig. 5)

102 points ont été retrouvés chez ces 30 sujets (moyenne de 3,4 par sujet). Dans le détail, nous avons :

- vert 58 : 28 points, dont 2 sont également blancs, 19 en hausse d'impédance (68 %) ;
- bleu 44 : 30 points, dont aucun n'est également blanc, 24 en hausse d'impédance (80 %) ;
- magenta 31 : 44 points, dont 5 sont également blancs, 33 en hausse d'impédance (75 %).

Le total de ces points en forte baisse d'impédance est de 11 ; ceux en hausse d'impédance sont 76. Soit un total de 87 donc 85 % de contrôles électriques significatifs pour ce test dit spécifique.

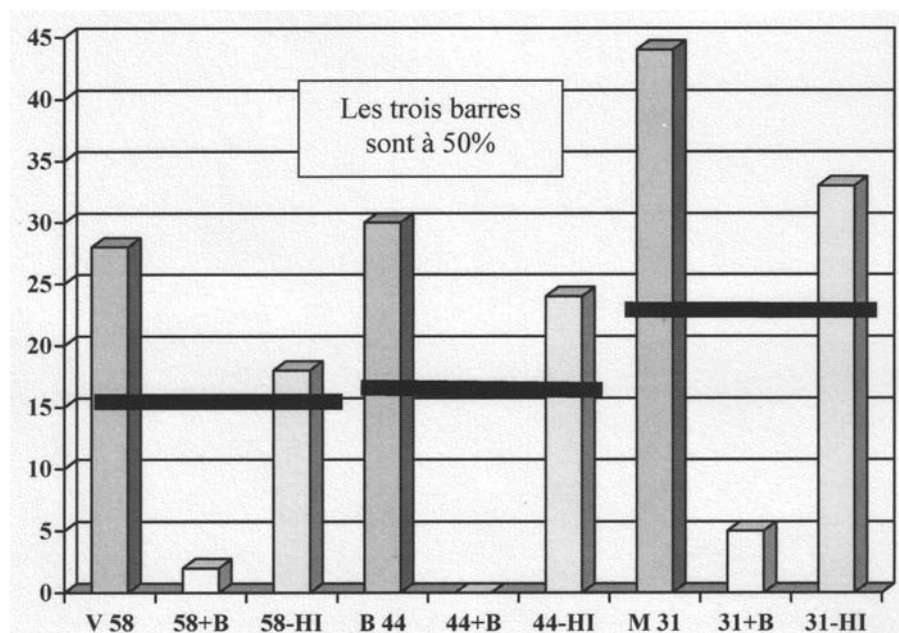


Fig. 5 – Les trois couleurs froides étudiées (V 58, B 44, M 31).

### **« Tirs croisés », leurs résultats**

Les tirs croisés signifient que le point réagit à la fois à deux stimulations (qui sont, dans cette étude, une projection lumineuse et l'approche de la pointe blanche).

142 points de tirs croisés ont été détectés chez les 30 sujets examinés, pour les trois couleurs chaudes, seulement 7 pour les trois couleurs froides.

### ***Tirs croisés projection colorée et pointe blanche***

- Rouge 25 et pointe blanche : 58 points, dont 52 en forte baisse d'impédance (90 % de 58).
- Rouge 24 et pointe blanche : 52 points, dont 47 en forte baisse d'impédance (90 % de 51).
- Orange 21 et pointe blanche : 32 points, dont 29 en forte baisse d'impédance (91 % de 32).

Ces chiffres sont à rapprocher de ceux de l'étude princeps menée en 2008 avec Agiscop® (11, 12).

- LEP et pointe blanche : 147 points, dont 105 en forte baisse d'impédance (71,4 %).
- Bleu 44 et pointe noire : 29 points, dont 28 en hausse d'impédance (96,5 %).

## **Contrôle des points induits par un filtre chromatique** (13, 14)

### **Matériel et méthodes**

Nous avons testé douze filtres chromatiques Wratten Kodak : les sept filtres du programme couleurs (orange 21, rouge 25, jaune 3, rouge 24, bleu 44, violet 98, magenta 30) ainsi que rouge 29, vert 58, bleu 44A, jaune 12 et jaune 9.

Ces filtres sont présentés l'un après l'autre à chaque oreille. Le caractère dit toxique du filtre est supposé si la pose de ce filtre sur l'oreille droite ou gauche déclenche au moins quatre RAC-VAS. Selon la technique enseignée par Paul Nogier (15), le filtre reconnu toxique est alors posé sur le bras du sujet, et l'on recherche aussitôt à l'oreille un point induit, par la LEP au maximum. Pour éviter les artéfacts, la mesure du pouls n'a été prise en compte qu'à partir de quatre RAC-VAS.

### **Résultats** (fig. 6)

L'étude a été réalisée du 10 décembre 2009 au 25 décembre 2009. Elle a porté sur 25 sujets non sélectionnés. Nous avons recruté 48 points induits par un filtre chromatique (1,92 par sujet), dont 21 points en forte baisse d'impédance (44 %) et 9 points en hausse d'impédance (19 %), donc un total de seulement 63 % de contrôles électriques significatifs pour ce test dit spécifique !



Répartition des filtres retrouvés (sur 25 sujets) :

- 8 fois jaune 3 ;
- 5 fois violet 98, 5 fois bleu 44A ;
- 5 fois magenta 31, 5 fois vert 58 ;
- 5 fois rouge 29 ;
- 2 fois bleu 44, 1 fois jaune 9.

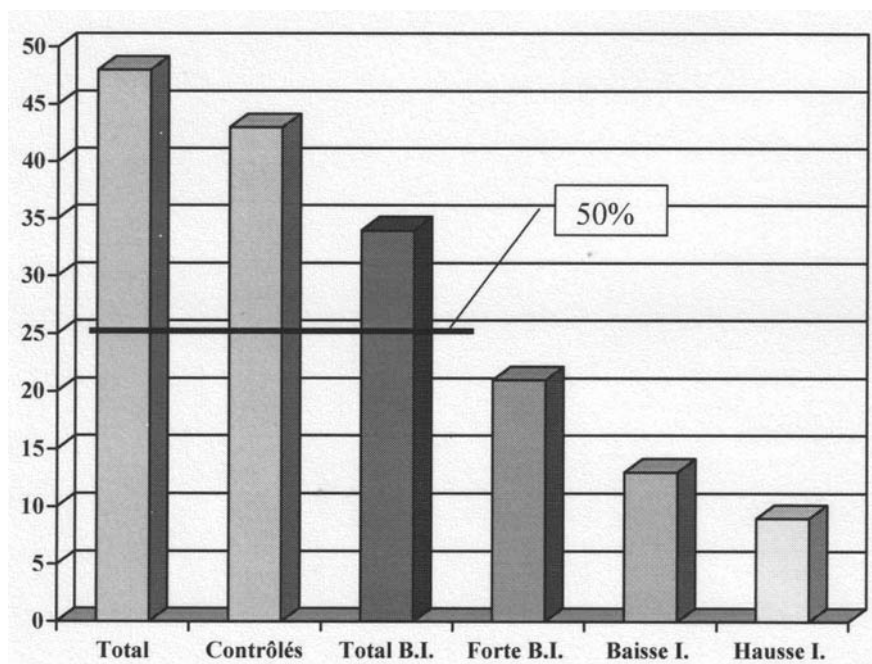


Fig. 6 – 48 points de couleurs induits.

## Discussion

### Fiabilité des mesures

- Que l'opérateur ait une prise du RAC-VAS convenable (5, 6, 15) à savoir quatre conditions : le pouls radial, le pouce perpendiculaire à la peau (ni le flanc radial, ni le flanc ulnaire de l'artère radiale) ; l'ongle du pouce de l'observateur vers le coude du sujet observé, un étalonnage préalable et régulier par les filtres Polaroid croisés sur la ligne sagittale médiane du corps du sujet observé.

- Que l'opérateur se conforme aux quatre recommandations du fabricant (pour Agiscop® et Modulo 100®) : appui constant du capteur bi-électrodes coaxiales à mi-course, pas de pression latérale, déplacement lent sur la peau, mesures stabilisées sur deux secondes.

## Conclusions

### Pourcentages de correspondances

On note une très importante correspondance entre la détection de points d'oreille par ces six couleurs et une variation significative de l'impédance du point ainsi détecté : forte baisse d'impédance pour les couleurs chaudes, hausse d'impédance pour les couleurs froides. Ceci dépasse largement les meilleurs scores, lesquels étaient obtenus par la détection des points en lumière polarisée (72,2 % et 71,4 % de corrélation avec la détection en forte baisse d'impédance).

En revanche, les points induits par les filtres colorés ne sont corrélés qu'à 44 % avec la détection en forte baisse d'impédance, ce qui pose un réel problème sur la validité de ce test !

### Approche du blanc ou du noir

Noir et blanc ont été considérés comme des valeurs et non des couleurs. Ce sont des notions synthétiques. Un corps parfaitement blanc renvoie toutes les radiations visibles de manière égale, sans les absorber. En revanche, un corps parfaitement noir absorbe intégralement toutes les radiations visibles qu'il reçoit. De même, un corps rouge absorbe toutes les lumières reçues sauf celles de longueur d'onde élevées.

Le RAC-VAS déclenché à la fois par l'approche de la pointe noire du bâtonnet noir-blanc et de la couleur froide bleu 44, est corrélé à la hausse d'impédance du point (point sans doute de nature fortement parasympathique) (2).

Le RAC-VAS déclenché à la fois par l'approche de la pointe blanche du bâtonnet noir-blanc et de l'une des trois couleurs chaudes rouge 25, rouge 24 et orange 21, est corrélé à la forte baisse d'impédance du point (point sans doute de nature fortement orthosympathique).

Quel est le mode de déclenchement du RAC-VAS pour l'approche du noir et du blanc ? Il conviendrait d'apporter une explication permettant la compréhens-

sion de ce fait. Malgré tout, ce fait ayant été mesuré et contrôlé, nous pouvons légitimement utiliser les tests par la projection ponctuelle de couleurs sur l'oreille de nos malades, dans l'attente d'une explication acceptable.

## Intérêt rétrospectif du sens clinique

L'intime conviction des enseignants en auriculothérapie à Nantes a été confirmée deux ans plus tard par un nouveau dispositif électronique, lors d'études paracliniques statistiques et randomisées. Il apparaît bien que l'expérience et le sens clinique sont des données scientifiques à ne pas négliger, en une époque où la technique tend à remplacer le jugement de l'être humain.

## Expérience des anciens

Généralement, les praticiens utilisant depuis des années le RAC-VAS pour l'examen de leurs patients ne se servent plus du détecteur électrique différentiel, sous le prétexte que cela leur fait perdre du temps. Cette étude confirme leur opinion :

- 70 à 80 % de concordance pour les trois couleurs froides (dites « de phases ») ;
- 80 à 90 % de concordance pour les trois couleurs chaudes ;
- 90 % de concordance pour les tirs croisés entre la pointe blanche et les couleurs chaudes.

Lorsqu'on se déplace au lit du malade, à domicile ou en secteur hospitalier, n'avoir dans ses poches que quelques aiguilles, le bâtonnet noir-blanc et le détecteur lumineux, permet un réel bon travail.

## Références

1. Module optionnel en auriculothérapie (DIU-Capacité d'acupuncture), Faculté de Médecine de Nantes (2008) Synthèse des stimuli et du diagnostic en auriculothérapie. Annales du GLEM 2007-2008, p. 33-4
2. Rouxville Y, Méas Y (2008) Auriculothérapie : le RAC-VAS, contrôle de sa mise en évidence. *Acupuncture et Moxibustion* 7(3) : 239-43
3. Magnin P, Rouxville Y (2005) Photonothérapie et chromoluminescence contrôlée. Congrès de la FAFORMEC à Lyon
4. Magnin P (2010) Des Photons et de la Vie. Sauramps médical, Montpellier
5. Rouxville Y (2000) Acupuncture auriculaire personnalisée. Sauramps médical, Montpellier
6. Rouxville Y, Méas Y, Bossy J (2007) Auriculothérapie, Acupuncture auriculaire. Springer-Verlag France, Paris
7. Nogier R (1981) VAS. Stimulations lumineuses cutanées chez le lapin, leur influence sur les taux d'amines vasopressives plasmatiques. *Revue Auriculomédecine* 25 : 31-40

8. Nogier R, Nogier P, Santini R, *et al.* (1982) Influence de l'illumination de la peau sur les amines biogènes du plasma chez le lapin. *Revue Auriculomédecine* 29 : 7-10
9. Nogier R, Nogier P, Clément G (1984) Recherche d'éventuelles modifications de la transmission d'influx somesthésiques sous l'effet d'une stimulation de la peau chez le lapin vigile. *Revue Auriculomédecine* 34 : 11-20
10. Terral C (2009) Douleur et Acupuncture. Sauramps médical, Montpellier
11. Rouxville Y, Méas Y. Auriculothérapie (2008) Le RAC-VAS, contrôle de sa mise en évidence. *Acupuncture & Moxibustion* 7: 239-43
12. Rouxville Y, LeBel MR, Méas Y, Trabelsi D (2009) Monitoring the diagnosis of auricular points: contrasting the performance of the VAS and the electrical detector. Symposium International d'Auriculothérapie et d'Auriculomédecine. Bologne; octobre 2009.
13. Rouxville Y, LeBel MR, Méas Y, *et al.* (2010) Bilan de deux années d'évaluation des tests d'Auriculo-Médecine décrits par Paul Nogier (*versus* détection électrique). *Acupuncture & Moxibustion* 9: 188-95
14. Rouxville Y, LeBel MR, Méas Y, *et al.* (2010) Bilan de deux années d'évaluation des tests d'Auriculo-Médecine décrits par Paul Nogier (*versus* détection électrique). *Revue ICAMAR* n° , octobre 2010
15. Rouxville Y. Index des cours effectués par le Dr Paul Nogier du 27 février 1981 au 9 juillet 1994. Peut être consulté sur [www.biblio.auriculo.fr](http://www.biblio.auriculo.fr) ; 2009
16. Bossy J (1999) La grande invention du terme médical. Montpellier: Sauramps médical

## **SIXIÈME PARTIE**

# **LES DIFFICULTÉS ET LE TERRAIN**

L'enseignement et les cas cliniques portent habituellement sur des cas simples. Il en est de même pour l'*Evidence Based Medicine* (EBM). Or, de très nombreux malades consultent pour une atteinte chronique, ou pour des pathologies pluri-causales ; ils n'entrent pas dans un schéma réducteur.

L'Auriculo. permet une approche efficace et logique des cas complexes, du « terrain » (les réactions et prédispositions individuelles), grâce à :

- la géométrie de l'oreille (présentée ici de manière exhaustive), montrant la plasticité des localisations auriculaires ;
- les cartographies de phases, décrites par Paul Nogier dans les années 1980, pouvant être reliées aux troubles de transfert de l'influx nerveux ;
- un aide-mémoire permet de se repérer. Il indique les tests les plus utiles sur le corps et à l'oreille pour détecter les divers obstacles connus.

Oui, la machine humaine fonctionne bien comme un « ensemble biocybernétique ouvert », et non pas en stricte application de l'élémentaire « pensée linéaire causale » !

# La géométrie de l'oreille<sup>1</sup>

Y. Rouxeville

Pour des raisons inexplicables à ce jour, l'expression pathologique à l'oreille peut se manifester sous un aspect géométrique, par plusieurs points formant une figure géométrique. Le traitement des points découverts par construction géométrique est souvent d'une efficacité clinique surprenante.

La géométrie de l'oreille permet aussi d'apporter une explication à certaines divergences d'écoles :

- en 1980, Paul Nogier a expliqué par la géométrie de l'oreille les localisations chinoises des amygdales ;
- en 1990, Jean Bossy a expliqué le différent opposant l'école française et l'école chinoise pour les localisations différentes du membre inférieur.

La géométrie de l'oreille nous permet de comprendre qu'un autre point peut soigner une douleur du genou, même s'il n'est pas le point du genou.

## Première étape. Les points alignés

### *Rayon* (1-5)

Une comparaison entre le pavillon de l'oreille et un cercle permet d'assimiler le point zéro au centre géométrique de l'oreille. Le rayon Z sera l'axe virtuel passant par le point zéro et la partie Z de l'oreille. La numérotation des rayons se fait en référence à la représentation vertébrale à l'anthélix, voire à la représentation d'un organe de la conque ou du lobule. L'axe partant du point zéro et passant par la 7<sup>e</sup> cervicale sera nommé rayon C7 (fig. 1). De même, le rayon passant par la 12<sup>e</sup> vertèbre thoracique sera dit rayon T12 ; et le rayon passant par le point oméga sera le rayon oméga.

La correspondance entre un rayon et le dermatome est établie. Le rayon devient ainsi un territoire de la plus haute importance pour les pathologies aiguës ou subaiguës situées sur un dermatome que sont les névralgies.

Les quatre points les plus importants du rayon correspondent aux accidents anatomiques : point zéro, mur de la conque, l'ourlet de l'hélix et la bordure (à l'extrémité du rayon) (figs. 2 et 3).

---

1. Première rédaction faite en 1996 pour un ouvrage collectif qui n'a jamais vu le jour.

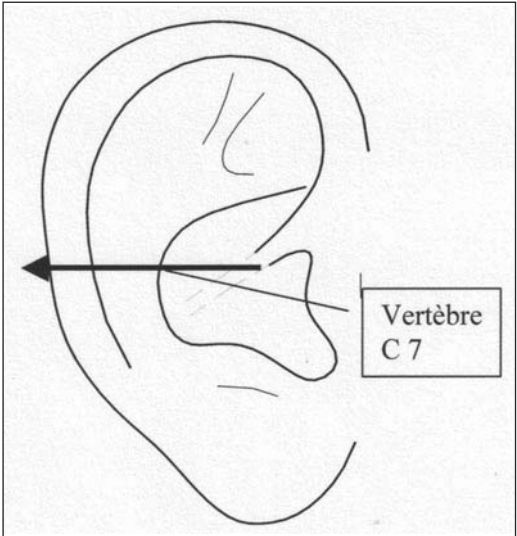


Fig. 1 – Le rayon C 7.

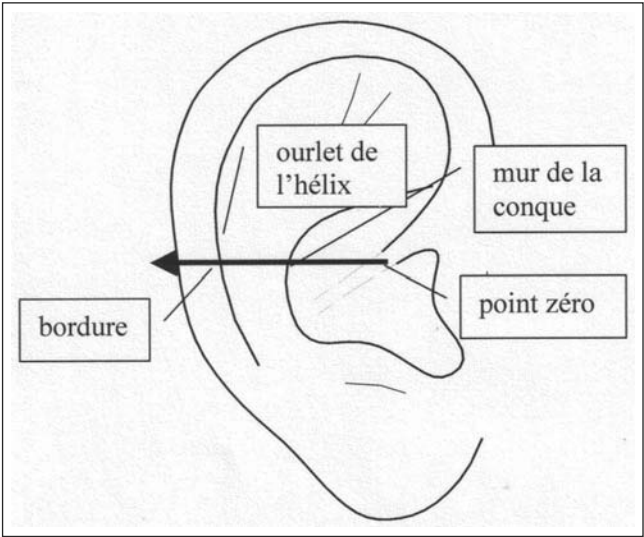


Fig. 2 – Points importants du rayon.

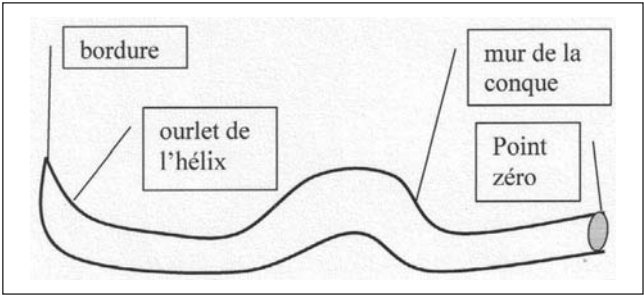


Fig. 3 – Points important du rayon (coupe).



## Application

Dans le cas d'une affection très douloureuse telle qu'un zona de topographie T12, on recherchera les points de correspondance sur le rayon T12. La recherche des points sera effectuée à l'aide du palpeur à pression à 250 g/mm<sup>2</sup> (détection des points douloureux à cette pression) sur ce rayon, avec confirmation en détection électrique différentielle. Le point de bordure est sans doute le plus efficace, mais tous les points situés sur ce rayon (voire sur le rayon T12 de l'autre oreille) douloureux à la pression et vérifiés au détecteur électrique justifient d'être traités : ce sont bien les points de ce malade, retrouvés ce jour là.

### Point de bordure (1-5, 7)

Ce point est très actif et sans effet inverse ; il gagne à être piqué tangentiellement, car si le dermatome est ponctuel au point zéro, il est d'1 mm de large à l'anthélix, et de 2 mm de large sur la bordure. Cette constatation géométrique élémentaire (fig. 4) montre l'équivalence avec une toute petite portion de gâteau ou de camembert. L'embrochage tangentiel du point de bordure permet d'en extraire toute son action thérapeutique. La grande valeur de ces points de bordure est reconnue.

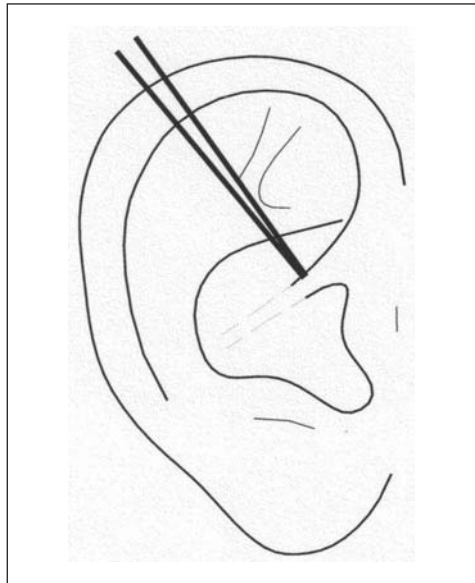
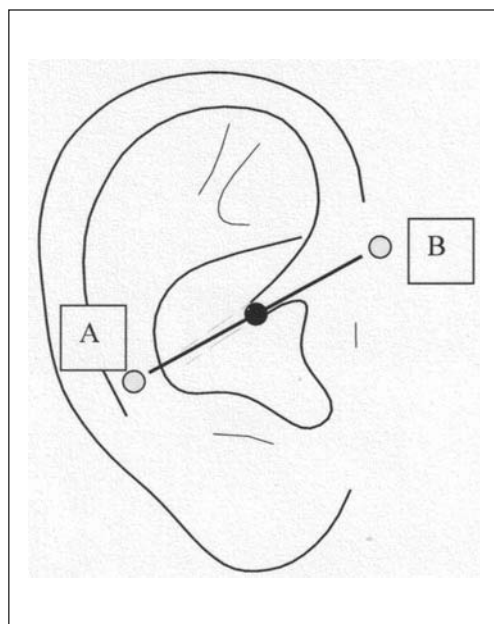


Fig. 4 – Le rayon T 12.

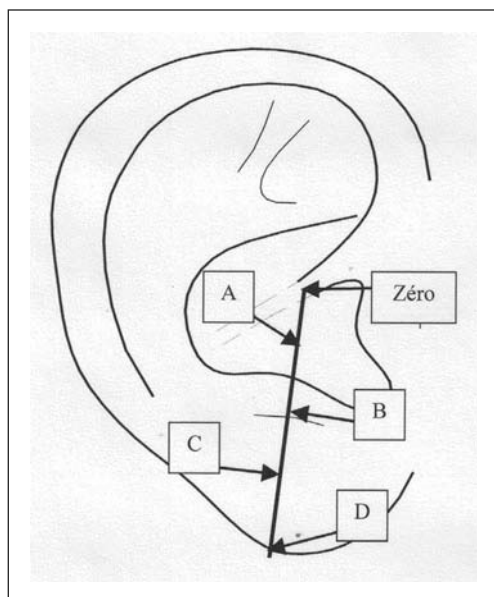
## Point « homologue » (2, 3)



Les points homologues ont été décrits dès 1975 par Paul Nogier. Un point homologue est le symétrique du point par rapport au point zéro. L'action de ces points n'est pas classique, mais particulière. Dans le cas de l'épaule, le point de l'épaule situé dans la fossette scaphoïde (A) agit sur l'élévation du bras, alors que le point homologue situé sur la branche montante de l'hélix (B), agit sur la rétroimpulsion (fig. 5).

**Fig. 5** – Point B, homologue de l'épaule.

## Systèmes harmoniques (2, 3, 5, 7)



Il s'agit de trois ou quatre points alignés et presque équidistants. Cette ligne passe par le point zéro. La recherche montre la présence d'un point de bordure D. Il s'agit donc d'une pathologie s'exprimant sur le rayon 0-D (fig. 6).

Le traitement pourrait être le traitement de tous les points A, B, C, D. Il est parfois plus élégant de ne traiter que le point de bordure D, action pouvant être amplifiée par le traitement simultané du point zéro, car le point zéro et le point de bordure sont les deux points-maîtres du rayon. Ce type

**Fig. 6** – Système harmonique.

de traitement simple est plus approprié aux cas simples et récents qu'aux pathologies complexes et anciennes. Traiter peu de points précis est plus efficace que la pose de nombreuses aiguilles dont l'efficacité sera diluée.

## Systèmes inharmoniques (2, 3, 5, 7)

Il s'agit d'une ligne, représentée ici par les points E, F, G. Ces points sont alignés et équidistants, mais la ligne ne passe pas par le point zéro.

Le traitement pourra être soit celui de chaque point détecté en baisse d'impédance, soit celui d'un point de synthèse Y faisant un angle de (ou multiple de  $30^\circ$ ) avec ces points (fig. 7).

Vers 1960, Paul Nogier a découvert ces systèmes de points alignés. Or, un médecin allemand isolé avait trouvé la même chose, à la même époque !

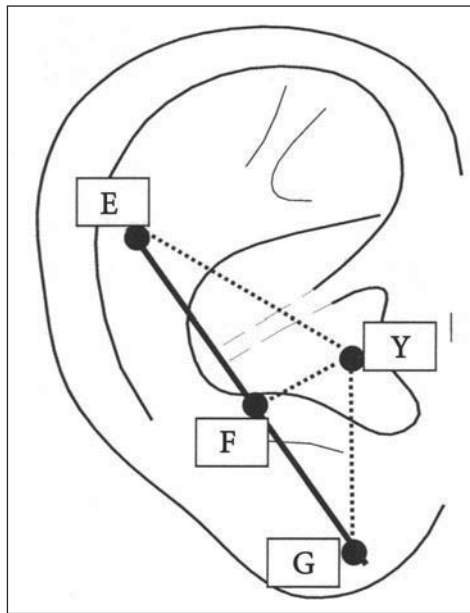


Fig. 7 – Système inharmonique.

## Programme non figuratif (2, 3)

Il s'agit en fait d'une variation du système inharmonique traité ci-dessus. Nous détectons (par les couleurs ou les fréquences) d'une part un point H en une extrémité de l'oreille, d'autre part des points alignés et équidistants I, J, K et L. Ils réagissent tous au même stimulus (fig. 8).

Faut-il s'adresser à un pôle ou à l'autre de ces deux expressions pathologiques ? Faut-il traiter le point ou la ligne ?<sup>2</sup>

On pourra traiter en première intention les points les plus pathologiques, repérables à l'Agiscop® en position 3-4. En cas d'échec, lors d'une seconde consultation, on traitera la pathologie la moins marquée, repérable à l'Agiscop® en position 6-7.

On saura également traiter en fonction de la réactivité du malade :

- chez les sujets hyper-réactifs, dits « allergiques », il est préférable de traiter en première intention les points les moins pathologiques ;
- chez les sujets hyporéactifs, dits « anergiques », il est préférable de traiter en priorité les points les plus pathologiques.

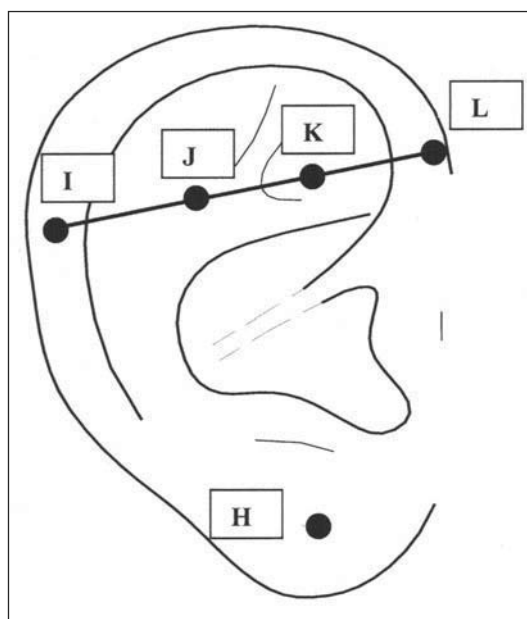


Fig. 8 – Programme non figuratif.

2. Nogier P (1976) La thérapeutique articulaire par les points non figuratifs. Revue Auriculomédecine n° 4, p. 17.

Rouxville Y (1979) Recherche des programmes non figuratifs. Revue Auriculomédecine n° 16, p. 31-2.

## Allergie respiratoire<sup>3</sup>

Méfiant par principe envers les points-cibles (bronche chez un asthmatique) chez ces malades hyper-réactifs, j'ai recherché les points alignés avec le point zéro, le point du poumon et le point du nez, chez les allergiques respiratoires. M'aidant du bâtonnet noir-blanc, j'ai assez souvent retrouvé, sur le bord antérieur de l'antitragus, un point permettant de traiter avec élégance les bronches et le nez, par la même ligne, sans piquer directement le point de bronche ni le point du nez (fig. 9).

Ce point est fidèle, régulièrement efficace, et sans rebonds d'actions.

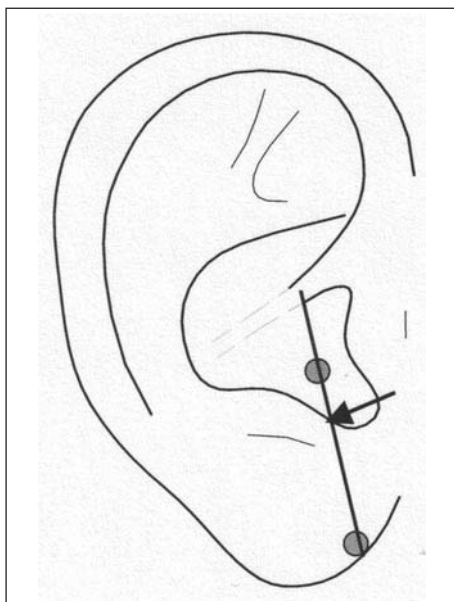


Fig. 9 – Allergies respiratoires.

## État dépressif<sup>4</sup>

En une période où l'enseignement du Dr Paul Nogier insistait sur « les circulations d'énergie » (sympathique, parasympathique, cérébrospinal et réticulée), j'ai été conduit à retrouver, par géométrie de l'oreille, un point chez les malades dépressifs.

Ce point, que je fais encore de manière régulière, est situé au carrefour antitragus-anthélix, sur le mur de la conque, en regard de la représentation d'atlas (fig. 10).

C'est un point fidèle dans son action.

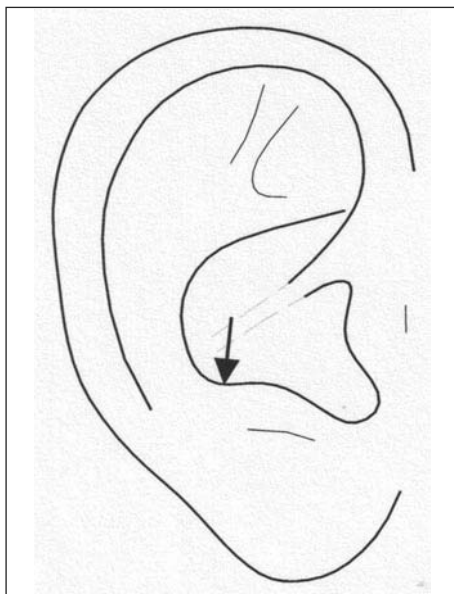


Fig. 10 – Point utile chez les dépressifs.

3. Rouxville Y (1982) Trois observations. Auriculomédecine n° 29, p. 23.

4. Rouxville Y (1982) Trois observations. Auriculomédecine n° 29, p. 23.

## Deuxième étape. Douze rayons du point, lignes à 30°

### Douze rayons du point (2, 3, 7)

Paul Nogier a observé à la surface du pavillon de l'oreille qu'après la piqure d'un point, on pouvait détecter jusqu'à douze rayons faisant entre eux un angle de 30° centrés sur ce point, ici le point zéro (fig. 11). Les points gris sont considérés secondaires au point central, le point zéro, blanc.

Les équipes chinoises ont fait une même constatation en décrivant des points de bordure après tonsillectomie, décrivant ainsi les points dits « amygdale 1, 2, 3 et 4 ». Nogier nous l'a expliqué en nous précisant que le vrai point d'amygdale est en haut du conduit auditif. Il nous a également indiqué le mode de recherche des points : avec son équipe, il mettait en évidence des points par induction chez une personne saine, alors que les Chinois traitent des points témoins d'une douleur aiguë postopératoire.

Nogier a montré qu'en un instant donné, un seul des douze rayons est porteur de l'information pathologique. Les circonstances de la vie, la désadaptation au stress, les rythmes biologiques, la programmation génétique, les antécédents du

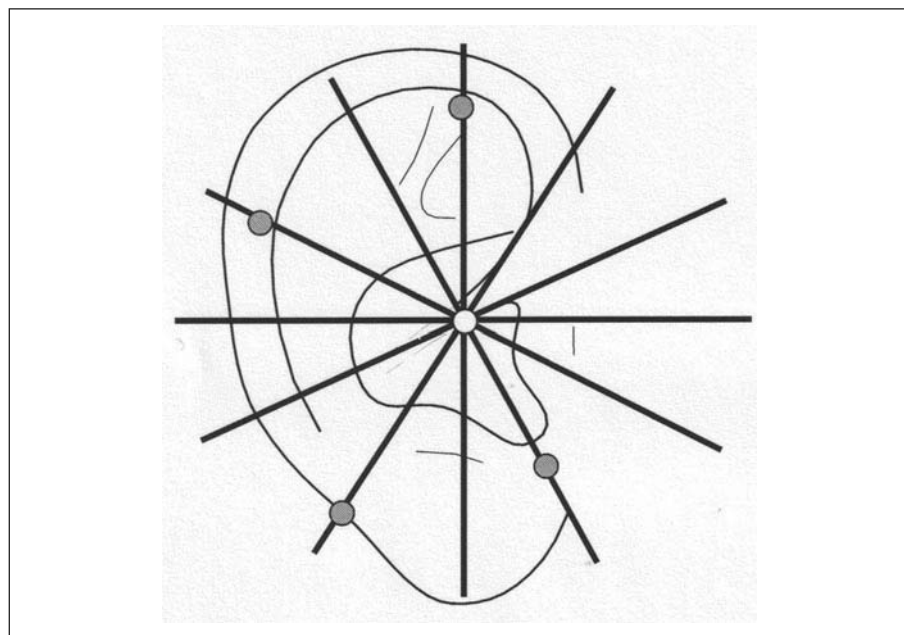


Fig. 11 – Les douze rayons à 30°.

malade, et toutes les influences que nous ignorons à ce jour (le « terrain »), feront que la pathologie s'inscrira chez un malade en un endroit du pavillon de l'oreille, et sur une autre partie de l'oreille chez un autre malade souffrant pourtant de la même affection causale. Il s'agit bien d'une approche du terrain du malade.

Dans ce cas, le médecin fera l'analyse du pavillon de l'oreille pour y découvrir le point causal, sans aucun souci de représentation topique définie. C'est comme si le point était la tête de la pieuvre, alors que les axes en seraient les tentacules !

## Lignes de points à 30° (2, 3, 7)

L'observation a permis de noter la possibilité de deux (rarement trois) lignes de points se coupant à un angle de 30° ou multiple de 30°. Les lignes LMN et LOP forment un angle de 30° entre elles avec un sommet L. Après vérification au détecteur différentiel, on fera le traitement du seul point L (ici, la représentation de l'hypophyse). Ce traitement fera disparaître progressivement les informations pathologiques notées sur les points M et O, puis N et P. Ce qui laisse entendre que le point L serait le point causal des pathologies notées sur les lignes LMN et LOP. On notera que, dans ce cas, l'efficacité n'est pas immédiate, mais retardée de quelques jours (fig. 12).

Naturellement, il est également possible de traiter tous les points d'une ligne, comme l'a écrit Bernard Leclerc, annonçant une efficacité dans 80 % des cas de migraines par le seul traitement des trois ou quatre points détectés<sup>5</sup>.

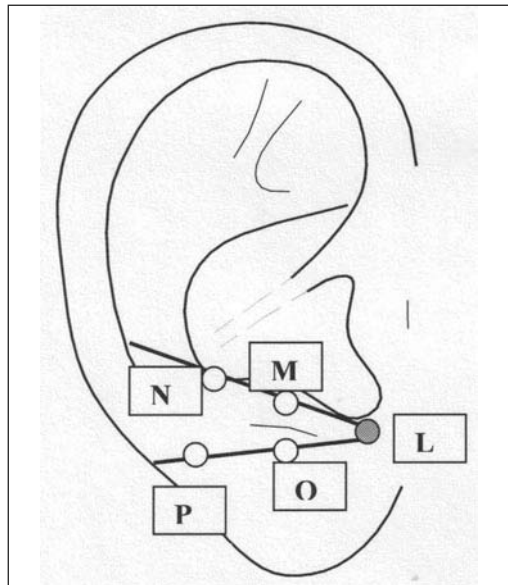


Fig. 12 – Lignes LMN et LOP de points à 30°.

5. Leclerc B (1996) Céphalées et auriculothérapie. Annales du GLEM, p. 24-5.

## Point zéro (1-5)

Au plan de la géométrie, il représente le centre géométrique du pavillon de l'oreille. C'est le point majeur en géométrie de l'oreille. En 1969, Paul Nogier écrivait qu'un « excès de sensibilité est calmé par le point zéro » et inversement qu'une « insensibilité générale est sous la dépendance du point zéro ». L'excitation de ce point zéro pourrait donc modifier l'activité de la vascularisation au pavillon de l'oreille, soit par vasoconstriction soit par vasodilatation. En juin 1987, Nogier nous disait que « le point zéro représente le centre d'équilibre du corps humain, de son dynamisme ».

## Quelques exemples de rayons avec le point zéro (harmoniques)

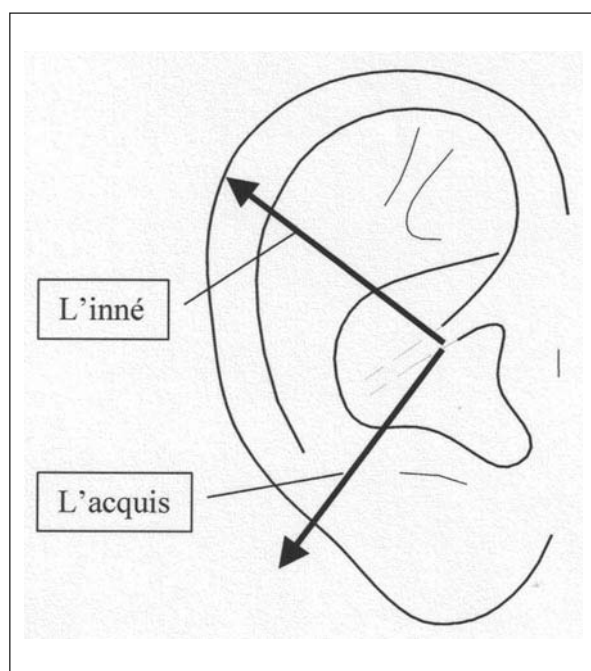


Fig. 13 – Les deux « axes génétiques ».

Des observations ont été rapportées dans la revue *Auriculomédecine*<sup>6</sup>.

Dans le *Précis d'Auriculothérapie* (Leclerc), les points alignés sont très fréquemment conseillés. Dans les conseils thérapeutiques, la géométrie apparaît comme « le plus du perfectionniste » (7, 8).

Paul Nogier nous a souvent parlé de ce qu'il nommait les deux axes génétiques (4), les deux axes reliant : le point zéro et la zone de l'intestin grêle (la mémoire immunitaire, plutôt l'inné), le point zéro et la zone du thymus (l'initiation des lymphocytes, plutôt l'acquis) (fig. 13).

6. Nogier P (1976) Entretiens au cabinet médical. Revue Auriculomédecine, n° 2, p. 27-8.  
De Sousa A (1984) Auriculothérapie, deux cas à problème. Revue Auriculomédecine, n° 36, p. 23-4.



La représentation du membre inférieur est différente pour l'école de Paul Nogier et les écoles chinoises. La géométrie, par ces axes, permet la compréhension des différences observées (fig. 14). Les points de hanche, de genou et de pied, décrits en des lieux différents, sont situés sur les mêmes axes issus du point zéro. L'expérience enseigne que les localisations chinoises (sur la branche supérieure de l'anthélix) sont plus efficaces chez les douloureux chroniques. En revanche, les localisations décrites par Nogier (dans la fossette triangulaire) ont été découvertes soit chez des malades aigus, soit de manière expérimentale chez des sujets parfaitement sains. Paul Nogier indiquait « À l'oreille, la distance de Lyon à Pékin reste de 5 mm »<sup>7</sup>.

La réflexion de bordure à 90°, hypothèse manifestée au Cours supérieur, fut très vite abandonnée.

« Les axes du programme-couleurs » ont été décrits et enseignés par Nogier les 13-14 avril 1989, au Cours supérieur d'auriculomédecine (9).

« L'horloge auriculaire » avec ses axes blanc et noir a été décrite et enseignée les 14-15 février 1992 par Nogier au Cours supérieur d'auriculomédecine (9).

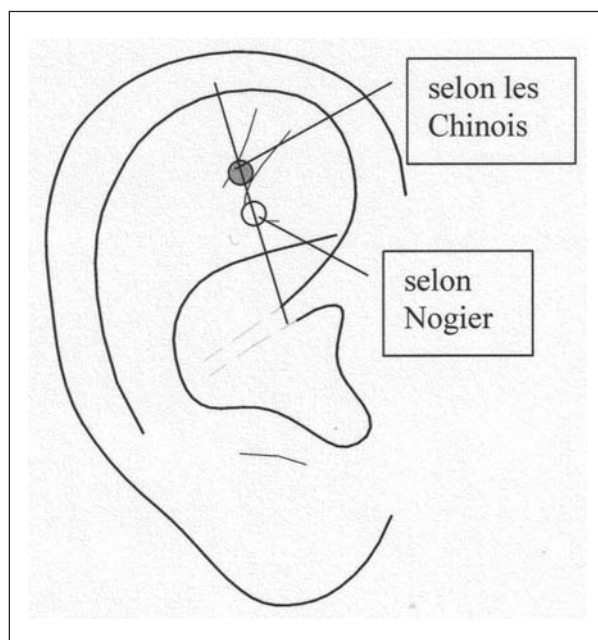


Fig. 14 – Représentation de la hanche.

7. En 1990, au cours de la réunion de l'OMS, le Pr Bossy n'était pas choqué par les deux localisations, dotées de mêmes vascularisation et innervation sur un même territoire, il n'y a pas eu de consensus pour ces cartographies.

## Troisième étape. Géométrie à deux ou trois dimensions

### Rapporteur d'angles à 30°

On utilise un rapporteur comportant six lignes (douze rayons) à 30° les unes des autres, une sorte d'étoile à douze branches (fig. 15).

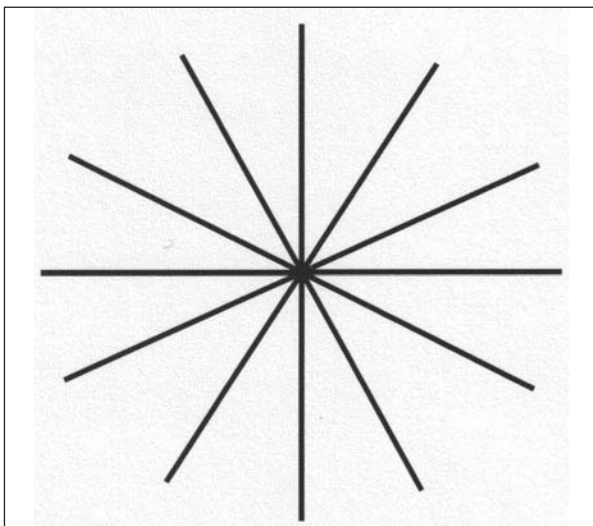


Fig. 15 – Le rapporteur d'angles à 30°.

### Recherche du point causal (7, 8)

On fera coïncider les points détectés avec les lignes du rapporteur d'angles à 30°. Une des lignes passe par le point zéro ; le point causal se situe au centre de l'étoile (fig. 16).

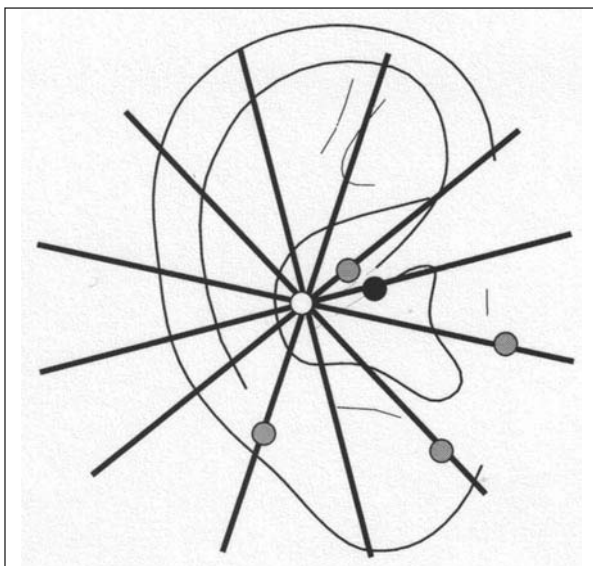


Fig. 16 – Le point causal (blanc).

Le point causal (blanc) est le centre de l'étoile à 12 rayons. Logiquement, le traitement de ce seul point peut corriger les quatre points gris situé sur les rayons de cette étoile, à la condition qu'il intègre le point zéro (noir). Le contrôle du point causal par le détecteur électrique différentiel pourra nous confronter à plusieurs possibilités : si le point X est détecté, il sera plus fréquemment contrôlé en faible baisse d'impédance (Agiscop® au niveau 6-7) qu'en forte baisse d'impédance (Agiscop® au niveau 3-4). S'il est détecté en excès d'impédance, contrôler son symétrique (le même, à l'autre oreille). Si le point central X n'est pas contrôlé par le détecteur, l'analyse par auriculomédecine nous renseignera sur son point causal !

L'expérience nous enseigne que huit fois sur dix le point X se trouve situé dans la conque, cette conque que Paul Nogier estimait en 1994 être la partie la plus importante du pavillon auriculaire (9).

Pour ces pathologies harmoniques avec le point zéro, l'efficacité thérapeutique est progressive, moins rapide que dans les cas simples. Paul Nogier nous parlait d'un effet buvard, c'est-à-dire que l'information thérapeutique chemine petit à petit depuis le point traité, pour atteindre les autres points au bout d'un certain temps, jusqu'à trois semaines.

## Triangles (2-4, 7-9)

Il s'agit de triangles équilatéraux (fig. 17) que Paul Nogier a nommé « programme Delta » en raison de leur forme : petit Delta, grand Delta, double Delta. Il a développé cette partie de géométrie vers 1977 pour le sevrage du tabac<sup>8</sup>.

On détecte un premier point T 1 que l'on corrige par ASP. Ensuite, on trouve un second point T 2, que l'on traite par une ASP. Il ne reste plus qu'à chercher le troisième point T 3 (le troisième sommet d'un triangle équilatéral, aux trois angles de 60°). Il convient de traiter les trois points et non le centre de ce triangle pour être efficace.

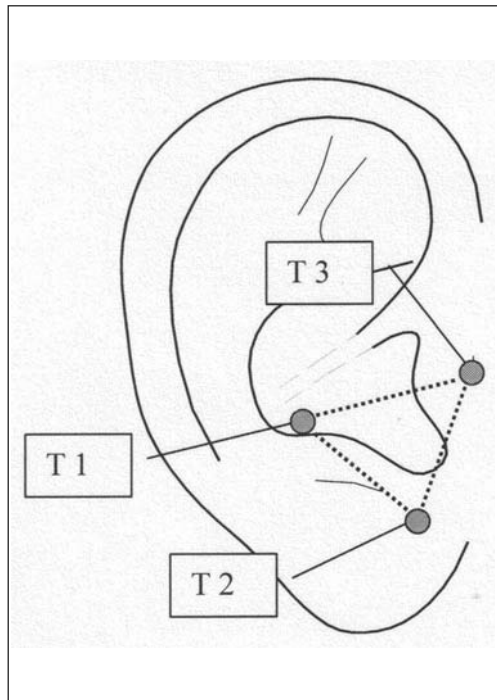


Fig. 17 – Le programme Delta.

8. Voir à ce sujet plus haut, au chapitre III Auriculothérapie : les programmes antitabac.

## Plan et espace (2, 3, 8)

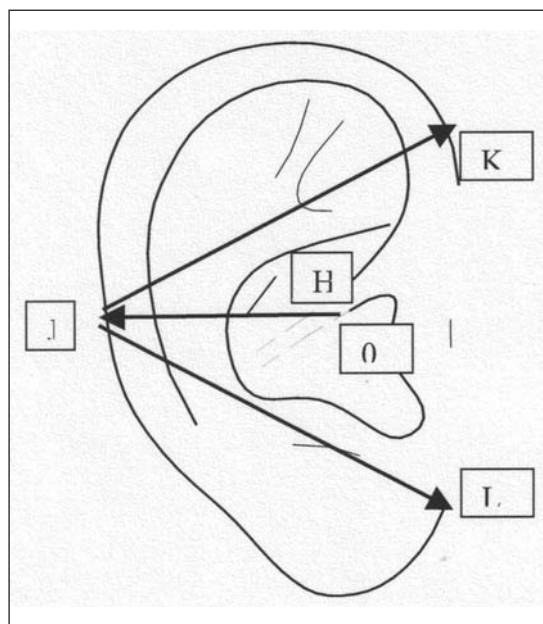
On peut retrouver divers points formant un polygone que l'on retrouve sur un pavillon. Ce polygone semble « la base d'une pyramide » dont le sommet est un point « sommet » retrouvé sur l'autre oreille, généralement sur le tragus.

L'expérience montre que le pavillon de l'oreille a plus souvent des relations avec le tragus de l'autre oreille qu'avec le tragus homolatéral<sup>9</sup>.

## Quatrième étape. La réflexion de bordure

Le rayon émis par le point zéro (représentant le dermatome) ou par tout point pathologique se termine à la bordure de l'oreille. Cependant Paul Nogier a noté que ce rayon incident, après avoir touché la bordure, poursuit son chemin en se réfléchissant. Nous sommes ici dans « l'espace-temps », car ces réflexions sont le fait de pathologies anciennes ou chroniques.

### Réflexion de bordure à 30° (1, 5, 7, 8)



Un rayon émis par le point zéro 0 touchera le point H, puis le point de bordure J ; c'est le rayon 0 J. Ensuite, il pourra se réfléchir à 30° sur la bordure de l'oreille, dans l'une ou l'autre direction. Dans le cas de réflexion dextrogyre, nous aurons un nouvel axe : JK ; en cas de réflexion lévogyre, nous aurons l'axe J L. C'est ainsi que des points situés sur les deux axes JK et JL seront à explorer, en particulier les points de bordure K et L dans le cas de pathologie persistante (fig. 18).

**Fig. 18** – La réflexion à 30°.

9. Rouxville Y (1979) Quelques observations. *Revue Auriculomédecine*, n° 16, p. 32.

### Exemple d'algie post-zostérienne de topographie T12

Plus haut, nous avons évoqué le traitement d'un cas de zona récent de topographie T 12 (figs. 2 et 3). Les algies post-zostériennes sont une autre paire de manches ; ces douleurs anciennes sont rebelles aux traitements habituels. Traiter le rayon 0 H n'est plus logique, puisqu'il correspond à la pathologie aiguë. En revanche, sur les axes JK et JL (repérés à l'aide du rapporteur d'angles), nous ferons une recherche des points barosensibles (palpeur à pression à 250 g/mm<sup>2</sup>) puis un contrôle de l'impédance.

Une démarche comparable est conseillée dans le cas de névralgie sciatique rebelle, ou de névralgie chronique du trijumeau.

### Analogie avec le jeu du billard

Si toute cette géométrie de l'oreille paraît difficile à comprendre, ce sera plus facile en faisant une analogie avec le billard (fig. 19).

Pour marquer le point, la boule grise doit toucher la boule noire et la boule blanche.

- Le coup direct. C'est le tir n° 1 représenté en trait plein (assimilable au cas du zona récent). Il est net et sans bavures, voire brutal.
- Le coup indirect. C'est le tir n° 2 représenté en pointillé, passant d'abord par deux bandes avant de frôler la boule noire puis de toucher la boule blanche (assimilable au cas du zona ancien). Il est plus subtil mais efficace.

Les points de bordure, situés à distance de l'axe du dermatome, auront une action indirecte, retardée, sur la pathologie du dermatome (le bord de la table de billard).

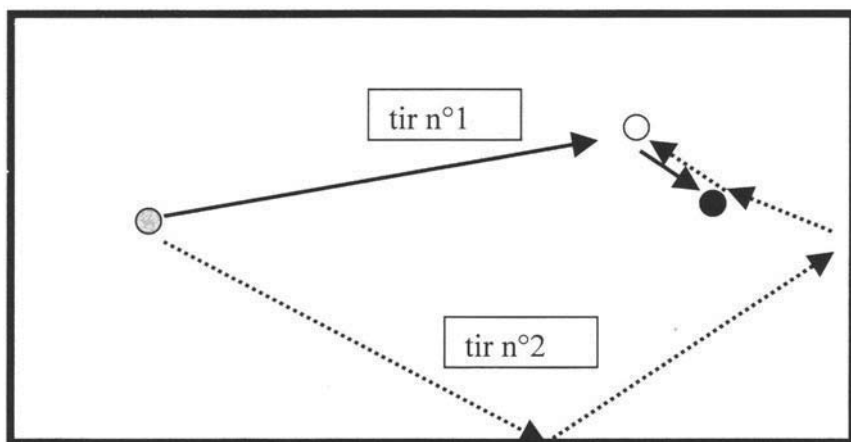


Fig. 19 – Les deux façons de marquer le point, au billard.

Il faut s'adapter à la maladie du malade, qui ne sera pas toujours un cas d'école.

### **Comment agir ?**

Au début, on enseigne le traitement d'un malade en neutralisant directement sa pathologie, c'est-à-dire par une médecine symptomatique. Pour ce faire, on peut agir en puissance, par les contraires, comme en médecine dite allopathique. On augmentera la puissance par l'ASP ou grâce aux stimulations électriques appliquées sur l'aiguille.

Ensuite, on enseigne qu'il est également possible d'agir en similitude, de façon réactive, vaccinale, pour provoquer un effet tout en évitant au malade une fatigue induite. Cette conception est plus proche de la médecine dite homéopathique. Nous le ferons en utilisant l'aiguille en apnée inspiratoire stricte, voire par des stimulations fréquentielles (laser ou infrarouge) ou magnétiques.

## **Quintessence de l'auriculothérapie**

Chez les malades chroniques, le meilleur est représenté par deux techniques majeures de géométrie de l'oreille : la recherche du point causal (fig. 16), la réflexion à 30° (fig. 18). Les résultats obtenus nous font prendre une certaine distance avec la vanité des cartographies trop précises, et la suffisance d'enseignants intolérants.

L'analyse *a posteriori* de nos résultats inattendus permet de comprendre que l'on a fait de la prose sans le savoir, plus exactement que l'on a fait de la géométrie de l'oreille en toute innocence. Naturellement, on ne parviendra pas à renouveler ce « miracle » chez d'autres patients !

## **Quatrième étape. L'axe ou le secteur ?**

Dans son enseignement, le Pr Jean Bossy a insisté sur le voisinage métamérique : les connexions établies par des interneurones entre un métamère et les deux métamères au-dessus et au-dessous. Une névralgie intercostale s'exprimant en T8 peut donc avoir son origine entre T6 et T10. Le rayon (fig. 1 et 18) doit donc être compris comme un petit secteur et non pas comme une ligne trop précise.

De même, les transcriptions les plus fidèles faites sur papier sont celles qui représentent des secteurs de moins de 10° centrés sur le point zéro. Marco Romoli en a fait l'étude chez de nombreux élèves.

Marco Romoli a décrit le sectogramme (10) qui est vraiment très pratique (fig. 20). Désormais, il est inclus dans nos études randomisées ; il le sera également pour les études multicentriques débutant en 2011.

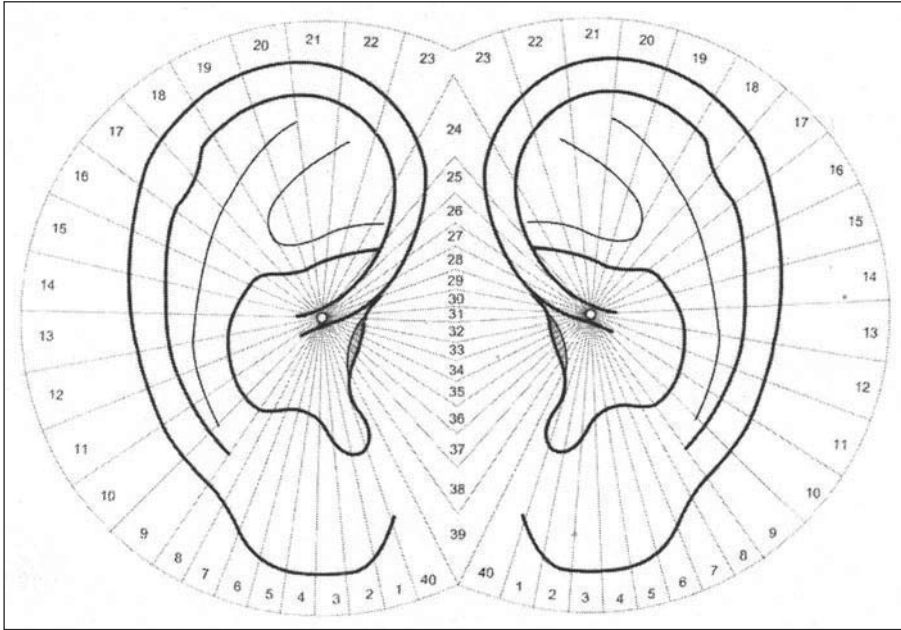


Fig. 20 – Le sectogramme de Romoli. Avec l'aimable autorisation de Marco Romoli.

## Cinquième étape. Corriger la pathologie à partir d'un point sain

Lors des perfectionnements, on apprend à utiliser la vitalité du malade, à stimuler un point sain pour corriger une pathologie. Ce procédé bénéfique est seyant et très élégant, il était recommandé par Paul Nogier les 4-5 juin 1987 : « *La stimulation d'un point biotique donne de meilleurs résultats que la piqûre d'un point malade.* ».

Une bonne maîtrise des techniques d'auriculomédecine permet de réaliser ce travail. Cela consiste à permettre au corps du malade de trouver les forces nécessaires, en forçant la physiologie pour tenter d'amender ou de corriger la pathologie, tout au moins de la dominer. De même que dans la douleur chronique ou la dépression chronique, on obtiendra des résultats bénéfiques et durables en boostant le cortex frontal, au lieu de s'apitoyer sur les symptômes si désagréables. L'accélérateur ou le frein ?

## Références

1. Nogier PFM (1969) Traité d'Auriculothérapie. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
2. Nogier PFM. Enseignement oral à Lyon en octobre 1975, décembre 1975, décembre 1982, juin 1977 et avril 1989
3. Nogier PFM (1978) Séminaire d'Auriculomédecine à Écully (polycopié).
4. Nogier PFM (1977) Introduction pratique à l'auriculothérapie. Maisonneuve, Sainte-Ruffine, p. 149-50
5. Bourdiol RJ (1980) Éléments d'Auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz, p. 315-20, p 342-3
6. Rouxville Y (1993) Abrégé de cours d'auriculothérapie et d'auriculomédecine, p. A 17 et B 6 (épuisé)
7. Leclerc B (1994) Précis d'Auriculothérapie, tome 1. Leclerc, Nevers, p. 71-5, p. 95
8. Leclerc B (1995) Précis d'Auriculothérapie, tome 2. Leclerc, Nevers, p. 64-5, p. 80-1, p. 138-9
9. Rouxville Y (2009) Index des cours effectués par le Dr Paul Nogier du 27 février 1981 au 9 juillet 1994. Peut être consulté sur [www.biblio.auriculo.fr](http://www.biblio.auriculo.fr)
10. Romoli M (2003) Agopuntura Auricolare. Utet, Torino, p. 26-32



# La théorie des phases, initialement décrites par Paul Nogier<sup>1</sup>

Y. Rouxeville

Diverses explications ont été apportées depuis 30 ans aux localisations aberrantes des organes sur le pavillon de l'oreille. La détection électrique peut confirmer les découvertes cliniques. L'activation ou l'inhibition des voies nerveuses semblent être des explications logiques.

## Introduction

Dans notre livre édité en 2007 (1), nous évoquions les phases décrites par Paul Nogier au chapitre « Le terrain et les obstacles, en auriculothérapie »<sup>2</sup>. Diverses opinions ont été émises pour tenter de comprendre ce phénomène ; aucune n'était pleinement satisfaisante. Cet article est un survol de diverses hypothèses ; les mesures instrumentales y complètent les diverses opinions.

## Évolution de la conception des phases

### Conception initiale de Paul Nogier

En septembre 1981, l'auriculothérapie semblait bien cadrée et codifiée : les trois territoires ont une innervation différente : le Trijumeau V orthoΣ pour T1, le Pneumogastrique X paraΣ pour T2, les nerfs cervicaux C1 et C2 pour T3 (fig. 1). Le mésoderme est représenté sur le pavillon T1, l'endoderme dans la conque T2, et l'ectoderme sur le lobule T3).

---

1. Paru dans la revue ICAMAR n° 2 (mars 2011). Reproduit avec l'aimable autorisation de la revue ICAMAR.

2. Rouxeville Y, Méas Y, Bossy J (2007) Auriculothérapie, Acupuncture auriculaire. Springer-Verlag France, p. 188-92

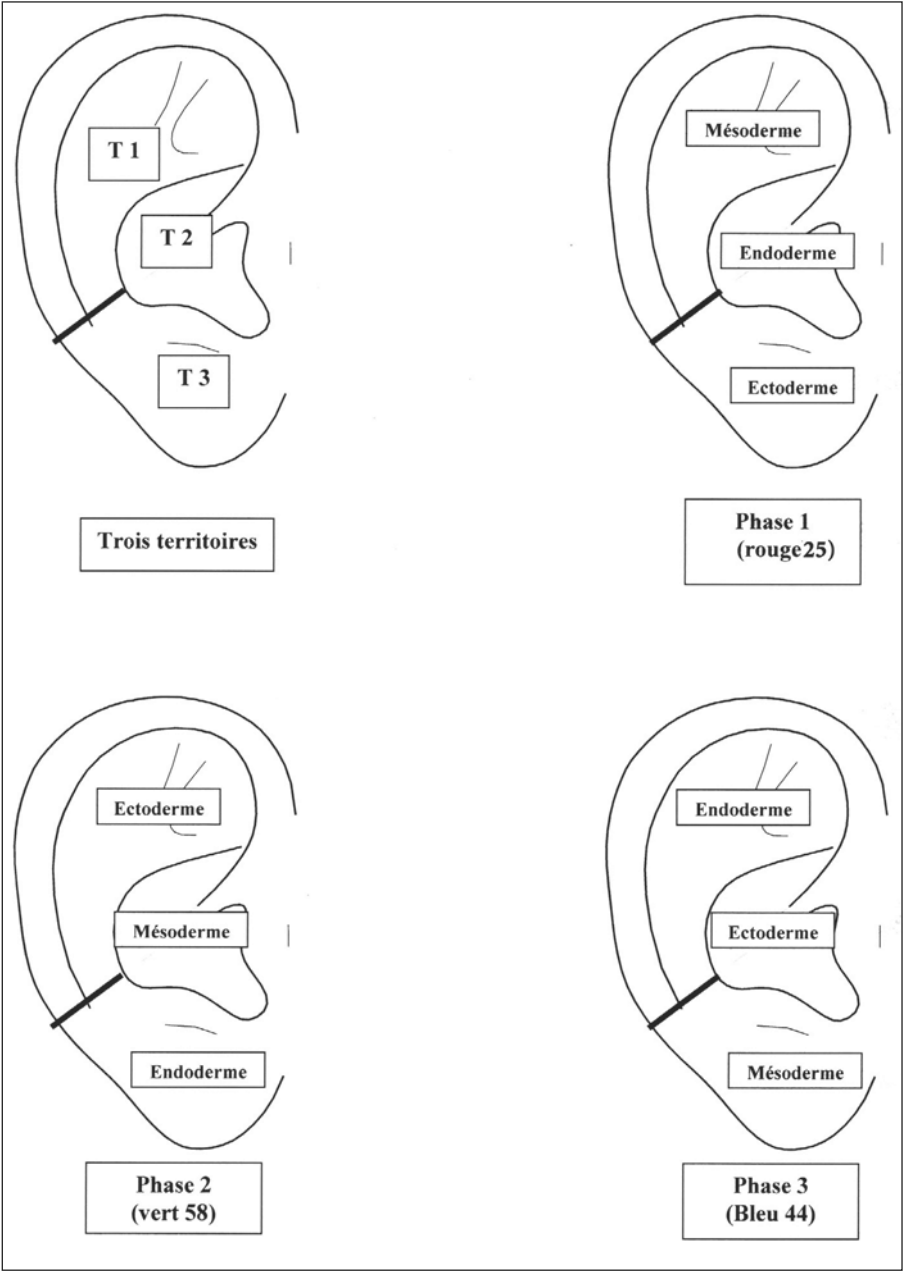


Fig. 1 – Trois territoires, trois phases.

Paul Nogier publie un nouveau livre (2). Il indique que chaque organe peut être représenté sur les trois territoires de l'oreille T1, T2 et T3. Il y précise que les trois images (des localisations générales) dites le fœtus renversé, l'homme debout et l'homme horizontal sont superposées, chacune étant en relation avec une couleur Kodak bien précise, respectivement rouge 25, vert 58 et bleu 44. Involontairement, Paul Nogier a créé un scandale par cette parution aux VII<sup>e</sup> Journées germano-latines d'acupuncture et d'auriculothérapie des 10-12 septembre 1981 (coïncidant avec le 25<sup>e</sup> anniversaire de la découverte de l'auriculothérapie).

Et pourtant, il a bien précisé en introduction : *« Je me décide à publier un travail que je considère comme une ébauche, laissant à des travaux ultérieurs de moi-même ou d'autres le soin de simplifier, de compléter, de préciser toutes ces notions nouvelles que j'expose. »*

Pressentant les incompréhensions et les controverses, le Recteur d'université Pierre Magnin a bien mentionné son total soutien à Paul Nogier, avec une étonnante lucidité :

*« Il est certes évident que l'état de la question est actuel et transitoire car il n'est rien de figé dans le domaine scientifique. La seule chose qui importe et qui doit se dégager de cette œuvre est l'éclairage nouveau sur l'interprétation de l'homme et de la maladie qu'offre Paul Nogier au monde médical. »*

*La mesquinerie, l'étroitesse d'esprit, la restriction mentale pourraient conduire certains à condamner Paul Nogier pour avoir osé livrer une expression de la médecine en avant-garde de sa justification scientifique. Mais par-delà les détracteurs demeurent tous ceux qui s'interrogent, soucieux qu'ils sont de guérir mieux ou de savoir davantage. »*

Trente ans se sont écoulés avec des hypothèses et des anathèmes. C'est la vie habituelle des idées, des explications avec leurs cycles inévitables. Les phases décrites par Paul Nogier, ayant un intérêt pour aider à soigner les malades complexes, justifient de ne pas être rejetées.

## Conceptions des phases

Paul Nogier a indiqué que les organes se placent dans un secteur particulier de la face latérale de l'oreille, selon leur origine embryologique. De façon classique (dite la phase 1), le mésoderme est représenté sur le pavillon T1, l'endoderme dans la conque T2, et l'ectoderme sur le lobule T3.

En phase 2, le mésoderme est dans la conque T2, l'endoderme sur le lobule T3 et l'ectoderme sur le pavillon T1.

En phase 3, le mésoderme est sur le lobule T3, l'endoderme sur le pavillon T1 et l'ectoderme dans la conque T2 (fig. 1).

Ainsi, chaque organe peut être représenté en trois endroits différents. Donc chaque point d'oreille peut représenter trois organes différents, être plurifocal.

Dans un souci d'analogie et de recherche, Paul Nogier a proposé de relier les

trois phases aux trois étages de l'adaptation (hypothalamus, hypophyse et corticosturrénale).

Pour faire apparaître les phases, Paul Nogier utilisait le filtre 12, ce qui était clair, avec la pose sur le bras et/ou le front (3).

Il a relié les trois phases aux trois types d'énergies (électrique, réticulée et magnétique) sur lesquels il travaillait à l'époque, ce qui est apparu bien moins clair (3).

Claude Piro, reliant les phases aux tissus et aux énergies, a relayé le message de Paul Nogier (4) avec un meilleur sens didactique.

Michel Marignan a suivi Nogier sur ce chemin cahoteux, en nous soumettant de relier les territoires des phases, la latéralité, les tissus et les chaînes énergétiques. Affirmant la corrélation des trois phases et des trois étages de l'adaptation, il a proposé une gymnastique intellectuelle qui n'a pas séduit, d'autant que son propos n'était pas apparu être d'une très grande limpidité (5).

La géographie explique que j'étais en contact assez fréquent avec Yunsan Méas ; il m'a précisé qu'il est essentiel de neutraliser les points détectés par les couleurs des phases pour réaliser une analgésie chirurgicale par auriculothérapie. Je l'ai cru d'autant plus que pour réaliser un tel acte, on travaille sans filet. C'est la réussite ou l'échec, sans contrôle à l'aveugle !

Dans les années 1980, les phases sont passées de trois à cinq. Elles correspondaient chacune à une couleur dont la projection ponctuelle déclenchait le RAC. Paul Nogier nous enseignait que la phase 1 (R 25) correspond au versant organique, la phase 2 (V 58) au versant neuro-sensoriel, la phase 3 (B 44) au versant métabolique (dynamique, échanges), la phase 4 (O 21) au versant moteur, la phase 5 (R 24) aux fonctions des relations interhémisphériques (6). Ces couleurs de phases étaient comprises comme les témoins de l'expression du corps lors des atteintes des organes.

Le 20 juin 1992, j'ai présenté au Cours supérieur du Dr Paul Nogier la communication « Phases, épiphyses et transferts » (6) qui fut reprise dans les pages B-3 et D-9 d'un photocopié à l'usage des enseignants et des élèves du GLEM (7). Mes propositions, reliant les phases et des altérations du transfert de l'influx nerveux, ont été reprises et citées par Bernard Leclerc (8, 9).

Paul Nogier avait décrit trois phases, sur la face latérale de l'oreille. En 1999 et 2000, Bernard Julienne et Alain Mallard (†) ont décrit d'autres phases sur la face mastoïdienne (10, 11). Arrivant à un total de huit phases, leurs trouvailles n'ont été plébiscitées ni par les enseignants ni par les élèves.

## **Des altérations du transfert de l'influx nerveux ?**

Depuis 1991, j'avais relié la phase 1 à une stimulation des capteurs cutanées et aux fibres nerveuses afférentes (nociception) ; sur le conseil de Jean-Luc Vigneron, j'ai poursuivi dans cette voie. En 1993, j'émettais la possibilité que des « blocages de

phases » soient en liaison avec une inhibition partielle de fibres nerveuses. L'auriculomédecine m'avait montré ce que j'ai décrit :

- blocage de phase 1 : saturation des terminaisons nerveuses périphériques, mais aussi absence de transferts sur un pavillon ;
- blocage de phase 2 : altération des afférences sensitives, souffrance du thalamus et absence de liaison moelle épinière-cerveau ;
- blocage de phase 3 : altération des afférences sensitives, souffrance de la moelle épinière et absence de liaison peau-thalamus ;
- blocage de phase 4 : altération des efférences motrices ;
- blocage de phase 5 : altération des liaisons interhémisphériques.

À cette époque, je reliais également chacun de ces blocages à l'un cinq points du système épiphysaire décrits par Paul Nogier (7).

Le 9 mai 1998, j'ai présenté au Cours supérieur du Dr Paul Nogier la théorie « Phases et ions », (6) reprise et développée dans les pages 75-77 de mon livre paru en 2000 (12).

Les phases seraient une configuration particulière du système nerveux ; les relier à des perturbations du Na, du K, du Cl ou du Ca est une hypothèse séduisante :

- phase 1 (φ1) : rouge 25 ou rouge 29 et sodium Na ;
- phase 2 (φ2) : vert 58 et chlore Cl ;
- phase 3 (φ3) : bleu 44 ou bleu 44 A et potassium K ;
- phase 5 (φ5) : rouge 24 et calcium Ca.

Dans cette recherche par auriculomédecine, j'avais également noté une relation étroite entre la couleur magenta 31 (et magenta 30) et magnésium Mg. Comme j'avais une difficulté à faire une liaison avec les couleurs des phases habituellement décrites, j'ai préféré ne pas divulguer cette observation.

## Encore des interrogations, puis des découvertes !

En 2002, à Porto Rico, le groupe IRGOVAS a donné une définition complète et quelque peu hermétique, preuve d'un phénomène complexe inexpliqué : *Les phases sont des représentations neurologiques transitoires du corps sur l'oreille. Elles sont le résultat de la réponse intégrative cérébrale aux informations, aussi bien environnementales que résultant des conditions physiologiques ou pathologiques.*

Dans mon exposé au GLEM le 25 janvier 2003<sup>3</sup>, je comparais quatre phases au phénomène des marées : orange 21 (φ4) et marée montante, rouge 25 (φ1) et marée haute, bleu 44 (φ3) et marée descendante, vert 58 (φ2) et marée basse (13). Les « points fixes » orange 21 ou bleu 44 étaient ainsi bien compris comme étant le signe d'une redoutable pathologie conduisant soit au déluge soit à l'aridité.

3. « Stratégie en Auriculomédecine chez les allergiques et les asthmatiques », voir plus loin au chapitre VIII.

Pierre Magnin m'a précisé alors que, si le vert 58 était bien en relation avec les voies afférentes, à son avis le bleu 44 lui semblait correspondre aux voies efférentes.

En fait, aucune des explications données à cette époque ne pouvait être totalement satisfaisante.

## Couleurs chaudes et couleurs froides

En 2010, l'évaluation de différents tests d'auriculomédecine décrits par Paul Nogier m'a conduit à contrôler par le Modulo 100® la projection ponctuelle de couleurs sur l'oreille (14). Les conclusions sont flagrantes<sup>4</sup> :

- 84 à 89 % de reconnaissance des points 21, 24 et 25 en forte baisse d'impédance ;

- 68 à 80 % de reconnaissance des points 31, 44 et 58 en hausse d'impédance.

Les couleurs 21, 24 et 25 de Kodak sont des couleurs dites chaudes. La forte baisse d'impédance peut être considérée comme une tonalité orthosympathique, d'activation.

Les couleurs 31, 44 et 58 de Kodak sont des couleurs dites froides. La hausse d'impédance peut être considérée comme une tonalité parasympathique, d'inhibition.

Tout se passe comme si les couleurs des phases étaient un témoignage d'activation ou d'inhibition des voies nerveuses (fig. 2) :

- voies afférentes : rouge 25 témoignage d'activation, vert 58 témoignage d'inhibition ;

- voies corticales : rouge 24 témoignage d'activation, magenta 31 témoignage d'inhibition ;

- voies efférentes : orange 21 témoignage d'activation, bleu 44 témoignage d'inhibition<sup>5</sup>.

À la suite de Pischinger, nous avons tendance à définir l'être humain sain ou malade comme étant un « ensemble bio-cybernétique ouvert » (15).

*La conception simpliste, dite pensée linéaire causale (une cause et une conséquence) n'est pas adaptée pour expliquer la physiopathologie, le fonctionnement de la machine humaine. La réalité est beaucoup plus complexe ! (1)*

La phase apparaît comme l'expression d'une panne, comme un déséquilibre subtil. Cette panne peut être causée par de nombreuses causes internes ou externes. La connaissance et l'utilisation des phases nous permettront de meilleurs soins, sans nous renseigner sur la cause profonde.

Les phases semblent bien être des modalités réactives, l'expression des défenses du corps. De même qu'en conduite automobile, le corps peut (ou doit) s'adapter aux circonstances, il peut le faire en appuyant soit sur l'accélérateur soit sur le frein !

---

4. Voir plus haut au chapitre V consacré à l'évaluation des tests d'auriculomédecine.

5. La couleur Vert 53 a été reconnue par le Pr. P. Magnin pour être en relation avec les échanges entre les deux hémisphères cérébraux.

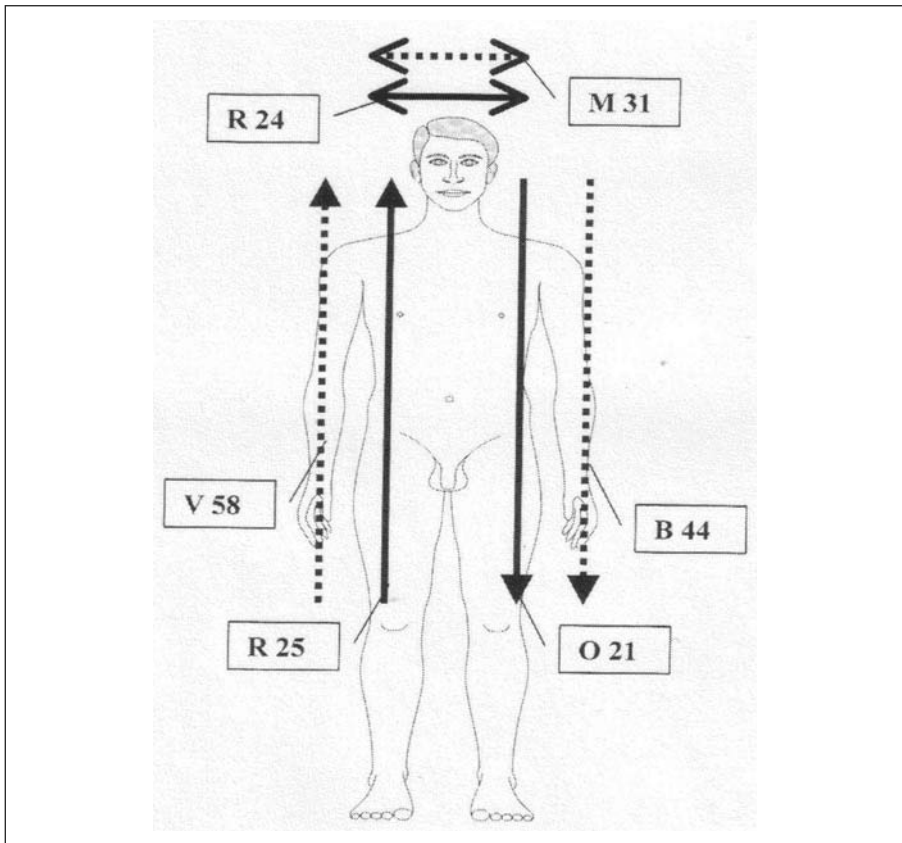


Fig. 2 – Les voies nerveuses activées (trait plein). Les voies nerveuses inhibées (pointillé).

## Discussion

Toute prophétie est auto-validante, surtout en l'absence de discussion et de débat !

En raison de l'efficacité de l'auriculothérapie, nous avons tous une certaine tendance à accepter ce que Paul Nogier nous déclarait. En cette époque de pionniers, les résultats primaient, fort peu les explications. Malgré tout, il fallait en répondre à nos élèves !

## Au début était la pensée magique

Lorsque l'on est confronté à un phénomène nouveau, inconnu ou mystérieux, chacun a tendance à l'interpréter selon sa propre culture. La plastique des représentations est un trait commun des religions issues de la Bible comme des théologies égyptienne et indienne, peu ou prou fondatrices de nos systèmes de pensée. On retrouve cette constante dans les mythes gréco-latins (les métamorphoses d'Ovide) et dans les mythes du paganisme celtique et nordique, fondateurs de la civilisation européenne. Ainsi le fait de représenter trois images en un même lieu se retrouve dans le syncretisme de notre fond culturel !

## Chercher une explication logique

Présenter une hypothèse selon son intime conviction est un réconfort envers soi-même. Mais faire passer un message auprès de nos collègues, exige des arguments médicalement plus admissibles à notre époque que l'émotionnel.

Le Pr Bossy explique qu'un point puisse avoir un caractère plurifocal, en raison du phénomène de convergence au sein de la substance réticulée (16).

Pour montrer le caractère répétitif des faits empiriques, j'ai préféré confronter mon jugement (qui est par essence subjectif) aux mesures en détection électrique différentielle : un dispositif électronique de qualité est réputé plus rigoureux que son utilisateur.

Ma réponse à la théorie des phases se trouve dans l'activation et l'inhibition des voies nerveuses. Est-ce la clé de l'énigme lancée par Paul Nogier en 1979 ? Ses recherches l'ont conduit à constater les phases (17), puis à tenter d'y répondre par des hypothèses. Ce trait est novateur et tout aussi révolutionnaire que les cautérisations de l'anthélix faites par Mme Barrin en 1950.

Quelle sera l'opinion de la communauté médicale et scientifique dans une trentaine d'années ?

## Fiabilité des mesures (14)

—Que l'opérateur ait une prise du RAC-VAS convenable (1, 12) à savoir quatre conditions : le pouls radial, le pouce perpendiculaire à la peau (ni le flanc radial, ni le flanc ulnaire de l'artère radiale) ; l'ongle du pouce de l'observateur vers le coude du sujet observé, un étalonnage préalable et régulier par le filtre Polaroid croisé sur la ligne sagittale médiane du corps du sujet observé.



- Que l'opérateur se conforme aux quatre recommandations du fabricant (pour Agiscop® et Modulo 100®) : appui constant du capteur bi-électrodes coaxiales à mi-course, pas de pression latérale, déplacement lent sur la peau, mesures stabilisées sur deux secondes.

## Conclusion

Les phases décrites il y a trente ans par Paul Nogier sont représentées par des couleurs de Kodak (25, 58 et 44). Associées à des localisations aberrantes, ces signes paracliniques mal compris restaient dans le domaine du mystère.

Le couperet que représente l'évaluation a permis des constatations : les points d'oreille dont l'éclairage par trois couleurs chaudes déclenche le RAC-VAS sont en majorité des points en forte baisse d'impédance, alors que ceux dont l'éclairage par trois couleurs froides déclenche le RAC-VAS sont en majorité des points en hausse d'impédance.

On peut relier les couleurs des phases et des troubles de transmission de l'influx nerveux : vert 58 et perturbation des afférences sensitives, bleu 44 et perturbation des efférences motrices.

L'expérience enseigne que les points des phases sont fort utiles à lever des barrages, permettant un traitement plus efficace des maladies complexes et/ou chroniques.

Pour insertion page 253 (fin d'article « La théorie des phases, initialement décrites par Paul Nogier ») avant les références (ou après, selon l'usage) :

## Addenda

1 – Correctif à la page 250 et à la figure 2

Depuis la rédaction de cet article, publié en mars 2011, il nous semble que la couleur vert 53 corresponde à une inhibition des voies inter-hémisphériques (entre les deux hémisphères cérébraux) comme l'a découvert le Pr. Pierre Magnin.

La couleur magenta 31 nous semble liée à une inhibition des voies intra-hémisphérique (au sein d'un hémisphère cérébral).

2 – Phases et géométrie de l'oreille

André Lentz et Daniel Courty nous ont adressé un projet d'article destiné à paraître dans ICAMAR. Les idées de nos deux collègues sont novatrices et perti-

nentes, sans être en désaccord sur la théorie émise ci dessus.

Nos collègues se passionnent pour la recherche en auriculomédecine. Ils indiquent :

« Il faut garder à l'esprit que nos mesures se font toujours dans un plan, alors que le champ mesuré est tridimensionnel et que l'information est vectorisée. »

Des interactions entre le test utilisé (dans le cas, des couleurs précises) et un champ porteur vont déclencher une modification du poulx. Suivant la direction du vecteur, l'information (et donc le point) va ressortir en un lieu différent de l'oreille.

## Références

1. Rouxville Y, Méas Y, Bossy J (2007) Auriculothérapie, Acupuncture auriculaire. Springer-Verlag France, Paris
2. Nogier PFM (1981) De l'auriculothérapie vers l'auriculomédecine. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
3. Nogier P (1980) Énergies, phases et latéralité. Revue Auriculomédecine 19: 21-24
4. Piro C (1982) Phases, tissus et énergie. Revue Auriculomédecine 27: 27-29
5. Marignan M (1989) Comment mettre en pratique certaines acquisitions de l'auriculomédecine en auriculothérapie. Bulletin scientifique n° 2 du GLEM p. 8-10
6. Rouxville Y (2009) Index des cours effectués par le Dr Paul Nogier du 27 février 1981 au 9 juillet 1994. Peut être consulté sur [www.biblio.auriculo.fr](http://www.biblio.auriculo.fr)
7. Rouxville Y (1993) Abrégé de cours d'auriculothérapie et d'auriculomédecine (épuisé)
8. Leclerc B (1994) Précis d'auriculothérapie. Tome I. La technique et son application. Leclerc, Nevers
9. Leclerc B (1998) Auriculomédecine. Leclerc, Nevers
10. Julienne B, Mallard A (1999) Représentations réflexes ectodermique, mésodermique, endodermique dans les phases 1,2,3. Polycopié n° 8a. Mallard, Lyon
11. Julienne B, Mallard A (2000) Représentations rétro auriculaires ectodermiques, mésodermiques, en phases 4, 5, 6. Polycopié n° 11-2/2. Mallard, Lyon
12. Rouxville Y (2000) Acupuncture auriculaire personnalisée. Sauramps médical, Montpellier
13. Rouxville Y (2002) Stratégies en auriculomédecine chez les allergiques et les asthmatiques. Annales du GLEM, p. 61-65
14. Rouxville Y, Méas Y, LeBel MR, Trabelsi D *et al.* Contrôle par détection électrique des points auriculaires détectés par une projection colorée. À paraître dans la revue ICAMAR [www.icamar.org](http://www.icamar.org)
15. Pischinger A (1994) traduit de l'allemand par le Dr Pelz. Le système de la régulation de base. Haug International, Bruxelles
16. Bossy J (1983) Bases neurobiologiques des réflexothérapies. Masson, Paris, p. 35-46
17. Nogier P (1979) Révolution dans les localisations auriculaires. Revue Auriculomédecine 15 : 13-7

# L'étude du terrain et les obstacles en auriculomédecine<sup>1</sup>

Y. Rouxeville

## Notion de terrain, en médecine

En médecine, quand le protocole thérapeutique habituel n'est pas efficace, il est courant d'entendre pour explication que c'est un problème de terrain, comme le dirait un agriculteur ayant de mauvaises récoltes. Et d'ailleurs, on entend toujours parler du seul mauvais terrain, comme si le bon terrain n'existait pas ! Cette sentence sous-entend que les malades ne réagissant pas de façon automatique et efficace au traitement courant, dit normal, sont bien considérés comme des gens anormaux, atypiques par la cohorte des médecins pratiquant une médecine rapide, dite de supermarché !

Jamais la lecture des pages d'Internet ne permettra à quiconque de comprendre et de maîtriser les difficultés que l'on peut avoir à traiter les algiques, les fibromyalgiques, les dépressifs, les anxieux, les allergiques, ou les gens atteints de maladies de système !

## Savoir adapter la thérapeutique au malade

Pour effectuer un traitement correct, un nombre suffisant de corrections sont à effectuer. Il est préférable de ne pas traiter trop de choses en une consultation ; traitons celles qui sont prioritaires, afin de mieux diriger les réactions du corps.

En cas de non-résultat en une séance, on saura reprendre le diagnostic ou envisager une nouvelle approche thérapeutique.

---

1. Manuscrit écrit en 2005 pour *A Course in Auriculomedicine*, traduit par MR LeBel, Dux Lucis Books, CA Santa Monica, États-Unis. Avec l'aimable autorisation des éditions Dux Lucis Books.

## Ensembles et sous-ensembles du corps

Dans l'ensemble qu'est le corps humain, le fonctionnement anormal d'un organe peut dérégler un autre organe du même sous-ensemble, voire d'un autre sous-ensemble. Le fonctionnement harmonieux des différents systèmes est une nécessité pour avoir un bon équilibre de santé.

Tout au long de sa vie professionnelle et de son enseignement<sup>2</sup>, Paul Nogier a retenu de manière privilégiée cinq obstacles :

- l'obstacle réflexe créé par le ganglion stellaire dit « 1<sup>re</sup> côte » ;
- l'obstacle émotionnel de la dyslatéralité ;
- l'obstacle réactionnel représenté par l'allergie ;
- l'obstacle physique lié aux cicatrices ;
- l'obstacle général des troubles du transfert d'informations ;
- sans oublier les obstacles reliés à la prise du RAC.

## Obstacles, classiques ou non

Dans notre précédent ouvrage, nous avons présenté les obstacles classiques à l'action de l'auriculothérapie : les dérèglements psychiques, les dérèglements posturaux, les dérèglements immunitaires, les dérèglements hormonaux<sup>3</sup>, mais aussi le syndrome dit de la première côte, les troubles neurovégétatifs localisés, les cicatrices, les foyers dentaires, la baisse de vitalité, l'épuisement du RAC, les troubles de la latéralité, les phases décrites par Paul Nogier.

Quels tests d'auriculomédecine semblent utiles ou prioritaires devant ces obstacles ?

## Troubles psychiques

### *Principaux tests sur le corps du malade*

Filtre Polaroïd simple, fréquence de battement, HF et BF, liaison entre les canaux, bilan métabolique sur l'anneau creux, transferts, orange 21 et bleu 44, sept couleurs, photogramme, réaction centrale, fréquences déviées, bande passante, zones des plexus sagittaux.

*Le test capital sur le front : les fréquences déviées.*

---

2. Nogier PFM (1981) De l'auriculothérapie à l'auriculomédecine. Maisonneuve, Sainte-Ruffine, p. 215-30.

3. Rouxville Y, Méas Y, Bosy J (2007) Auriculothérapie, Acupuncture auriculaire. Springer-Verlag, France, p. 175-93.

### **Principaux tests à l'oreille du malade**

Approche de la pointe blanche, approche de la pointe noire, séquences des îlots noirs, palper des oreilles, épuisement du RAC, filtre Polaroid simple, fréquence de battement, oscillations au filtre tricolore, pression superficielle de l'oreille, pression profonde de l'oreille, frontières de l'oreille, orange 21 et bleu 44 (point fixes), sept couleurs, photoluminescence, séquence 24, phases, parasitisme fréquentiel, séquence fréquentielle, réaction centrale, fréquences déviées, bande passante, FH et FB, versant toxique et versant favorable des produits (neuromédiateurs, remèdes).

*Le test capital à l'oreille : la fréquence de battement.*

### **Soins particuliers à associer**

Photothérapie rythmée, traitements spécifiques de la sphère psychique indiqués chez ce malade (chimiothérapie, psychothérapies classique, cognitive, comportementale, et dans un but de rééducation psychique), traitements de réinformation (homéopathie).

## **Troubles posturaux**

### **Principaux tests sur le corps du malade**

Éclairage du corps (lumière blanche), épuisement du RAC, transferts, filtre Polaroid simple, FH et FB, liaison entre les canaux, bilan métabolique sur l'anneau creux, orange 21 et bleu 44, sept couleurs, photogramme, réaction centrale, fréquences déviées, bande passante, zones des plexus sagittaux.

*Le test capital sur le corps : filtre Polaroid simple.*

### **Principaux tests à l'oreille du malade**

Approche de la pointe blanche, approche de la pointe noire, palper des oreilles, épuisement du RAC, filtre Polaroid simple, fréquence de battement, oscillations au filtre tricolore, pression superficielle de l'oreille, pression profonde de l'oreille, frontières de l'oreille, orange 21 et bleu 44, sept couleurs, photoluminescence, séquence 24, phases, parasitisme fréquentiel, séquence fréquentielle, réaction centrale, fréquences déviées ( $A - 30$ ,  $A + 30$ ), bande passante, FH et FB, versant toxique des produits, versant favorable des produits.

*Le test capital à l'oreille : fréquence déviée  $A-30$  (parfois  $A + 30$ ).*

### **Soins locaux particuliers à associer**

Champs magnétiques polarisés, fréquences lasers, traitements spécifiques de la posturologie adaptés au malade.

## **Intolérances alimentaires**

Il est assez fréquent qu'un aliment (censé être bénéfique) se comporte comme un allergène, comme un toxique envers celui qui s'en nourrit ! Outre ce paradoxe, les intolérances alimentaires sont de plus en plus fréquentes. Des défauts enzymatiques digestifs et l'abus d'antibiotiques sont des causes bien connues. Certains estiment que la pratique de l'agriculture moderne, chimique et intensive ne serait pas innocente dans cette émergence ! De nombreux troubles digestifs, allergiques ou fonctionnels sont fortement améliorés par l'éviction d'un aliment. En auriculomédecine, la nouvelle approche (compréhension et tests) est l'œuvre de Raphaël Nogier<sup>4</sup>. Notons aussi la classique interface avec une prédisposition génétique.

### ***Principaux tests sur le corps du malade***

Liaison entre les canaux, bilan métabolique sur l'anneau creux, transferts, épuisement du RAC, orange 21 et bleu 44, sept couleurs, photogramme, réaction centrale, fréquences déviées, zones des plexus sagittaux.

*Le test capital sur le corps : bilan métabolique sous influence de l'aliment déclencheur.*

### ***Principaux tests à l'oreille du malade***

Approche de la pointe blanche, approche de la pointe noire, palper des oreilles, filtre Polaroid simple, fréquence de battement, oscillations au filtre tricolore, pression superficielle de l'oreille, pression profonde de l'oreille, frontières de l'oreille, orange 21 et bleu 44 (points fixes), sept couleurs, photoluminescence, séquence 24, phases, parasitisme fréquentiel, séquence fréquentielle, réaction centrale, fréquences déviées, bande passante, FH et FB, versant toxique des produits (aliments), versant favorable des produits.

*Le test capital à l'oreille : versant toxique des aliments.*

### ***Soins particuliers à associer***

Régime d'exclusion alimentaire, éviction des aliments reconnus toxiques.

## **Troubles immunitaires**

### ***Principaux tests sur le corps du malade***

Éclairage du corps (lumière blanche), FH et FB, liaison entre les canaux, bilan métabolique sur l'anneau creux, transferts, épuisement du RAC, orange 21 et

---

4. Nogier R (2000) Le bonheur est dans l'assiette. Bellier, Lyon.

bleu 44, sept couleurs, photogramme, réaction centrale, fréquences déviées, bande passante, zones des plexus sagittaux.

Le test capital sur le corps : zone des plexus sagittaux.

### ***Principaux tests à l'oreille du malade***

Approche de la pointe blanche, approche de la pointe noire, palper des oreilles, épuisement du RAC, filtre Polaroid simple, fréquence de battement, oscillations au filtre tricolore, pression superficielle de l'oreille, pression profonde de l'oreille, frontières de l'oreille, orange 21 et bleu 44 (points fixes), sept couleurs, photoluminescence, séquence 24, phases, parasitisme fréquentiel, séquence fréquentielle, réaction centrale, fréquences déviées, bande passante, FH et FB, versant favorable des produits (biothérapiques, huiles essentielles).

*Le test capital à l'oreille : points fixes orange 21 ou bleu 44.*

### ***Soins particuliers à associer***

Tous les procédés appropriés à réaliser une réinformation ou une rééducation immunitaire (homéopathie, micro-immunothérapie, aromathérapie, etc.) tout en observant une grande prudence dans leur utilisation (réactivité du sujet).

## **Dérèglements hormonaux**

### ***Principaux tests sur le corps du malade***

Éclairage du corps (lumière blanche), filtre Polaroid simple, FH et FB, transferts, liaison entre les canaux, sept couleurs, photogramme, zones des plexus sagittaux.

*Le test capital sur le corps : zone des plexus sagittaux.*

### ***Principaux tests à l'oreille du malade***

Approche de la pointe blanche, approche de la pointe noire, palper des oreilles, épuisement du RAC, filtre Polaroid simple, fréquence de battement, oscillations au filtre tricolore, pression profonde de l'oreille, frontières de l'oreille, sept couleurs, photoluminescence, séquence 24, phases, FH et FB, versant toxique des produits, versant favorable des produits.

*Le test capital à l'oreille : oscillations au filtre tricolore.*

### ***Soins particuliers à associer***

Traitement hormonal, traitements infinitésimaux (homéopathie) dans un but informatif pour rééquilibrer les interractions, le feed-back.

## Obstacles connus

L'expérience des cliniciens en médecine alternative a permis de comprendre la valeur des troubles neurovégétatifs liés aux dérangements vertébraux ou aux cicatrices. De même, on sait l'influence néfaste sur l'immunité des foyers dentaires et des infections.

### Troubles neurovégétatifs localisés

L'activation du sympathique peut se manifester sur divers métamères. La plus connue est l'irritation du ganglion stellaire (le ganglion sympathique cervico-thoracique). Cette irritation est la conséquence de la malposition de la tête de la 1<sup>re</sup> côte, elle-même la conséquence d'un effort mal géré du membre supérieur. On songera à cette cause chez des personnes souffrant de brachialgies, de faux angor, de troubles respiratoires, ou de troubles visuels, sans cause retrouvée et avec inefficacité des traitements classiques. On comprend que ces malades dits « fonctionnels », ne trouvant aucune possibilité de soins efficaces, développent un état névrotique secondaire. On sait aussi que des médecins non avertis de ce syndrome ostéopathique considèrent ces malades comme des névrosés, et les gavent d'anxiolytiques ! Ce « syndrome de la 1<sup>re</sup> côte » est très fréquent. Coupler un traitement ostéopathique et l'auriculothérapie rend les récidives plus lointaines.

#### *Principaux tests sur le corps du malade*

Éclairage du corps (lumière blanche), filtre Polaroid simple, FH et FB, épuisement du RAC, programme couleurs, photogramme, fréquences déviées.

*Le test capital sur le corps : couleur rouge 24.*

#### *Principaux tests à l'oreille du malade*

Approche de la pointe blanche, approche de la pointe noire, palper des oreilles, épuisement du RAC, filtre Polaroid simple, oscillations au filtre tricolore, pression profonde de l'oreille, frontières de l'oreille, sept couleurs, transferts, photoluminescence, séquence 24, parasitisme fréquentiel, séquence fréquentielle, fréquences déviées, FH et FB.

*Le test capital à l'oreille : couleur rouge 24.*

#### *Soins particuliers à associer*

Traitement par médecine manuelle-ostéopathie, autotraitement curatif et préventif.



## Cicatrices

Elles peuvent créer une contracture musculaire du muscle sous-jacent, avec tendinite secondaire. Elles peuvent aussi se comporter comme des zones réactogènes. La cicatrice est un endroit où les terminaisons nerveuses ont été anatomiquement détruites, ce qui risque de perturber les afférences sensitives et de créer des troubles au niveau loco-régional voire sur l'ensemble du corps. Les cicatrices créent une zone faible dans le dermatome ; elles peuvent perturber le système immunitaire<sup>5</sup>.

Les cicatrices de la face, de la bouche et médianes antérieures abdominales sont reconnues comme les plus réactogènes. L'interrogatoire est le moment capital dans la recherche des causes cicatricielles : depuis quand sont apparus les troubles ? L'interface avec une prédisposition génétique (HLA B 27) est classique.

### **Principaux tests sur le corps du malade**

Pression superficielle, éclairage du corps (lumière blanche), filtre Polaroid simple, transferts, FH et FB, sept couleurs (A 21), photogramme, réaction centrale, fréquences déviées, bande passante.

*Le test capital sur le corps : l'examen local (toucher superficiel, lumière blanche, etc.).*

### **Principaux tests à l'oreille du malade**

Approche de la pointe blanche, approche de la pointe noire, palper des oreilles, épuisement du RAC, filtre Polaroid simple, fréquence de battement, oscillations au filtre tricolore, pression superficielle de l'oreille, pression profonde de l'oreille, frontières de l'oreille, sept couleurs, programme couleurs, photoluminescence, phases, parasitisme fréquentiel, séquence fréquentielle, réaction centrale, fréquences déviées, bande passante, FH et FB.

*Le test capital à l'oreille : la pointe blanche et/ou noire approchée de la localisation.*

### **Soins particuliers à associer**

Soins locaux de la cicatrice toxique par fréquences de Nogier, par champs magnétiques polarisés unidirectionnels, ou par infiltrations de type mésothérapie (neuralthérapie).

---

5. Richand P, Pelz G, de Winter E (1983) Aspects actuels de la neuralthérapie. EM Inter, Paris.

## Foyers dentaires

Les perturbations liées aux dents peuvent être un redoutable obstacle, se manifestant de manière protéiforme : les contacts interdentaires peuvent être liés à des troubles posturaux, les zones cicatricielles après avulsion dentaire sont très réactogènes, les foyers dentaires infectieux et inflammatoires sont bien connus, la salive peut créer un effet de pile avec le bimétallisme en bouche, la toxicité du mercure des amalgames est un fait reconnu, les métaux en bouche peuvent faciliter des désordres de la sphère immunitaire chez des personnes sensibles<sup>6</sup>.

Les cartographies reliant les différentes dents et les différentes parties de l'auricule ont été décrites. De même, on connaît bien les liaisons entre les différentes dents et les différents organes du corps. Le RAC permet d'apprécier la réactivité dentaire, voire d'orienter sur telle ou telle dent à examiner en priorité. On parle d'auriculo dentaire !

### *Principaux tests sur les arcades dentaires du malade*

Éclairage du corps (lumière blanche), filtre Polaroid simple, FH et FB, palper des arcades dentaires, liaison entre les canaux, transferts, bilan métabolique sur l'anneau creux, épuisement du RAC, sept couleurs, orange 21 et bleu 44, photogramme, réaction centrale, fréquences déviées, bande passante, zones des plexus sagittaux.

*Le test capital sur le corps : l'examen local (pression des arcades dentaires, orange 21 et bleu 44, filtre Polaroid, etc.).*

### *Principaux tests à l'oreille du malade*

Approche de la pointe blanche, approche de la pointe noire, palper des oreilles, épuisement du RAC, filtre Polaroid simple, fréquence de battement, oscillations au filtre tricolore, pression superficielle de l'oreille, pression profonde de l'oreille, frontières de l'oreille, orange 21 et bleu 44, sept couleurs, programme couleurs, photoluminescence, séquence 24, phases, parasitisme fréquentiel, séquence fréquentielle, réaction centrale, fréquences déviées, bande passante, FH et FB, versant toxique des produits à usage dentaire.

Le test capital à l'oreille : rechercher un point ayant une formule identique à l'anomalie de la bouche (Polaroid, 21 et 44) et/ou des anomalies à la pression superficielle, moyenne et/ou profonde.

### *Soins particuliers à associer*

Les soins spécialisés que seul le stomatologiste ou le dentiste peut décider, l'auriculomédecine apportant un diagnostic de probabilité.

---

6. Debard S (1998) L'électrogalvanisme buccal. DHTM, Mont-la-Ville.

Vulliez Ch (2000) Auriculothérapie appliquée à l'art dentaire. Sauramps médical, Montpellier.

## Infections non guéries

La virulence d'une infection (surtout virale) risque de laisser des séquelles. On peut observer des récides à l'occasion de fatigue, de surmenage, ou de baisse de vitalité. Il en est de même pour les personnes qui manifestent une forte sensibilité aux vaccins, généralement en raison d'une prédisposition génétique<sup>7</sup>.

### *Principaux tests sur le corps du malade*

Éclairage du corps (lumière blanche), filtre Polaroid simple, épuisement du RAC, FH et FB, liaison entre les canaux, transferts, bilan métabolique sur l'anneau creux, orange 21 et bleu 44, sept couleurs, photogramme, réaction centrale, fréquences déviées, bande passante, zones des plexus sagittaux.

*Le test capital sur le corps : épuisement du RAC.*

### *Principaux tests à l'oreille du malade*

Approche de la pointe blanche, approche de la pointe noire, palper des oreilles, épuisement du RAC, filtre Polaroid simple, fréquence de battement, oscillations au filtre tricolore, pression superficielle de l'oreille, pression moyenne de l'oreille, pression profonde de l'oreille, frontières de l'oreille, orange 21 et bleu 44, sept couleurs, programme couleurs, photoluminescence, séquence 24, phases, parasitisme fréquentiel, séquence fréquentielle, réaction centrale, fréquences déviées, bande passante, FH et FB, versant toxique des produits, versant favorable des produits.

*Le test capital à l'oreille : palpation de l'oreille à 60-80 g/mm<sup>2</sup>.*

### *Soins particuliers à associer*

Traitement local adapté des foyers infectieux, traitement général à visée d'immuno-modulation.

## Baisse de vitalité

Lorsque le corps se trouve en état de carence sévère par sous-alimentation, fatigue chronique, ou à la suite d'infections sévères, de maladies graves, de chimiothérapie, ou de stress intense, il ne trouve pas en lui les forces nécessaires pour se traiter. Or, les réflexothérapies n'apportent rien : elles permettent au corps de se soigner lui-même, par l'intermédiaire du système nerveux et/ou du système immunitaire. Toute douleur ou maladie chronique use les réserves énergétiques et induit une baisse de vitalité. L'auriculomédecine sera une aide très appréciable,

7. Cornic A (1990) Médecine prédictive, un formidable espoir. Albin Michel, Paris.

pour préciser le bilan et les meilleurs soins. Mais la baisse de vitalité empêche l'activité de l'acupuncture (générale ou auriculaire).

### **Principaux tests sur le corps du malade**

Éclairage du corps (lumière blanche), filtre, liaison entre les canaux, épuisement du RAC, transferts, bilan métabolique sur l'anneau creux, orange 21 et bleu 44, sept couleurs, photogramme, zones des plexus sagittaux.

*Le test capital sur le corps : bilan métabolique sur l'anneau creux.*

### **Principaux tests à l'oreille du malade**

Approche de la pointe noire, séquence des îlots noirs, palper des oreilles, épuisement du RAC, oscillations au filtre tricolore, pression superficielle de l'oreille, pression profonde de l'oreille, frontières de l'oreille, orange 21 et bleu 44, sept couleurs, programme couleurs, photoluminescence, phases, parasitisme fréquentiel, séquence fréquentielle, réaction centrale, fréquences déviées, versant favorable des produits (remèdes).

*Le test capital à l'oreille : séquence des îlots noirs.*

### **Soins particuliers à associer**

Apport de vitamines, sels minéraux, éléments-trace.

## **Barrages détectables par l'auriculomédecine**

Il semble que seule cette technique permette de comprendre et de détecter ces anomalies.

### **Oscillations au filtre tricolore**

Le filtre tricolore 25/44/58 approché de l'oreille droite du droitier doit déclencher un nombre de RAC comparable à chaque fois (8 à 10 RAC). On nomme oscillations un nombre de RAC variable à chaque approche (par exemple 12 RAC, puis 7 RAC). Dans un tel cas, les mesures faites à l'aide du RAC ne seront pas fiables.

*Le test capital à l'oreille : approche du filtre tricolore de l'oreille de la latéralité.*

## Épuisement du RAC<sup>8</sup>

L'éclairage du corps par une lumière puissante déclenche un certain nombre de RAC. Dès l'arrêt du RAC, de nouveaux éclairages au même endroit doivent déclencher un nombre de RAC comparable. L'anomalie est une baisse du nombre de RAC. Ce test, développé par Raphaël Nogier, est nommé l'épuisement du RAC. Il a de nombreuses étiologies. Sa rencontre est le signe de l'existence d'un autre obstacle important.

*Le test capital sur le corps et/ou à l'oreille : éclairage puissant à la lumière blanche.*

## Phases<sup>9</sup>

Paul Nogier nous disait cette métaphore : « *L'eau est toujours de l'eau, H<sub>2</sub>O, qu'elle soit sous forme de glace, vapeur ou liquide. C'est la même matière, sous trois phases différentes selon la température et la pression atmosphérique !* ». Ces représentations particulières sont comprises comme étant reliées à des anomalies de connexion pouvant survenir de façon préférentielle au tronc cérébral et au sous-cortex. Ce phénomène anormal semble relié à des altérations des canaux ioniques.

*Le test capital à l'oreille : réaction à l'approche des filtres colorés des phases : rouge 25 pour phase 1, vert 58 pour phase 2, bleu 44 pour phase 3.*

## « Inversion neurovégétative »

Le RAC se déclenche à la pose de l'anneau test noradrénaline ou acétylcholine sur la peau explorée. NorADR, posé sur les membres, le cou ou le dos, doit déclencher le RAC. La pose d'ACH sur le thorax ou l'abdomen doit déclencher le RAC. Dans le cas inverse (si ACH posé sur la peau d'un membre supérieur, déclenche le RAC), c'est « l'inversion neurovégétative ». Elle est généralement reliée à l'irritation d'un ganglion nerveux sympathique paravertébral, comme c'est le cas pour le « syndrome de la 1<sup>re</sup> côte », mais plus pathologique que le simple trouble neurovégétatif.

## Principaux tests sur le corps du malade

Programme couleurs (rouge 24), FH et FB, étude des cicatrices dans la zone, norADR, ACH, zones des plexus sagittaux.

8. Nogier R (2003) Le phénomène d'épuisement du VAS. Actes d'alba. Sauramps médical, Montpellier, p. 112-7.

9. Voir aussi dans cet ouvrage, le texte précédent, dans le même chapitre.

*Le test capital sur le corps : norADR et ACH (test d'approche sur la région).*

*Le test capital à l'oreille : couleur rouge 24.*

### **Soins particuliers à associer**

Traitement de dérangement intervertébral mineur (DIM) ou de 1<sup>re</sup> côte par médecine manuelle-ostéopathie, s'il y a l'indication.

## **Frontières et transferts**

L'éclairage fort, la lumière blanche (LEP) en deux impacts successifs, en deux endroits différents A et B, doit déclencher un RAC fort et unique, nommé « rebond » juste après le second impact. Si ce n'est pas le cas, on pense que l'information n'est pas transmise entre les deux impacts.

Sur le corps, on nomme « transfert » cette transmission anormale des informations entre A et B ; à l'oreille, on la nomme une « frontière ». Un transfert ou une frontière peuvent être semi-perméables : observés dans le seul sens A vers B (ou B vers A). Le transfert ou la frontière sont plus pathologiques s'ils existent dans les deux sens : A vers B, et B vers A.

Sur le corps, on explore les zones douloureuses, les cicatrices, les canaux sagittaux, etc. On sait que le traitement auriculaire ne sera pas efficace si une ou plusieurs des grandes frontières de l'oreille sont détectées en fin de consultation. Il en est de même sur le corps, dans la région douloureuse. Paul Nogier a noté que « la maîtrise des transferts conditionne l'efficacité de l'analgésie réflexe, et du traitement de la douleur ».

De façon plus élaborée, on peut rechercher les transferts à la pression du doigt, à la photoperception des filtres du programme couleurs, des fréquences de Nogier ou des fréquences déviées.

### **Principaux tests sur le corps du malade**

Recherche des transferts à la pression, à la lumière blanche, aux filtres du programme couleurs, aux fréquences de Nogier et fréquences déviées.

*Le test capital sur le corps : lumière blanche (LEP)*

### **Principaux tests à l'oreille du malade**

Recherche des frontières, à la lumière blanche, aux filtres du programme couleurs, aux fréquences de Nogier et fréquences déviées.

*Le test capital à l'oreille : lumière blanche (LEP)*

### **Soins particuliers à associer**

Le traitement de la cause, car les transferts et les frontières sont généralement les conséquences d'un autre obstacle.

## « Zones exclues »

Les transferts entre toute partie du corps et l'oreille doivent être normaux. Dans les cas où l'on ne note pas de rebond (RAC fort et unique) après le second impact lumineux, on estime qu'il existe un contrôle insuffisant entre l'oreille et cette région. Paul Nogier a nommé « zone exclue » cette anomalie. Les deux sens doivent être explorés (oreille puis zone corporelle, zone corporelle puis oreille). En fin de consultation, les transferts entre la zone du corps douloureuse et l'oreille doivent être normaux, dans chaque sens !

### **Principaux tests sur le corps du malade (étude locale et locorégionale)**

Couleurs, fréquences de Nogier, fréquences déviées.

*Le test capital sur le corps : études des transferts corps-oreille et oreille-corps (lumière blanche, LEP).*

*Le test capital à l'oreille : dans la zone correspondante, rechercher un point ayant une formule comparable (voire en miroir).*

### **Soins particuliers à associer**

Traitement local (fréquences de Nogier, champs magnétiques polarisés unidirectionnels, acupuncture locale).

## Troubles de latéralité

Les deux hémisphères cérébraux ont des polarités complémentaires. Dans une certaine mesure, ils se complètent et s'opposent. La latéralité peut être normale ou contrariée, harmonique ou dysharmonique. Les circonstances qui affectent l'impact émotionnel peuvent modifier la dominance hémisphérique : le sommeil, la relaxation profonde et la méditation, mais aussi l'angoisse, le trac et la panique. Il faut y songer aussi, dans les troubles de l'apprentissage, de la cognition et du caractère.

### **Principaux tests sur le corps du malade**

FH et FB, orange 21, bleu 44, rouge 24, programme couleurs, norADR, ACH.

*Le test capital sur le corps : norADR et ACH au front droit et au front gauche.*

### **Principaux tests à l'oreille du malade**

Fréquence de battement, FH et FB, épuisement du RAC, oscillations au filtre tricolore, frontières de l'oreille, orange 21 et bleu 44, programme couleurs, photoluminescence, séquence 24, phases, filtre or.

*Le test capital à l'oreille : fréquence de battement, les points de désadaptation au stress (rouge 24).*

### ***Soins particuliers à associer***

Si le besoin s'en fait sentir, apprentissage de certaines fonctions avec la main directrice inhibée (voire l'œil ou le pied).

## **Conclusion**

La découverte d'un barrage implique de le corriger : il est souhaitable que ce barrage ne soit pas retrouvé en fin de consultation. Traiter un barrage peut en faire apparaître un autre, ou en traiter un autre de manière simultanée. Généralement, on observe plusieurs barrages conjoints dans les pathologies chroniques.

Il n'est pas pour autant possible ni recommandé de les traiter tous lors d'une seule consultation. Traiter un barrages n'est pas traiter une maladie, mais la traiter en partie.

Nous avons également le souvenir de collègues très systématiques et fanfarons, nous annonçant « 100 % de 1<sup>re</sup> côte » ou « 99 % d'intolérance au lait de vache ». Un tel esprit systématique nous a toujours paru très proche des phénomènes hallucinatoires !

Tout médecin a son expérience professionnelle, mais aussi sa sensibilité. Il pourra ainsi acquérir une autre habileté, de même qu'un musicien aura une oreille plus attentive, ou encore qu'un peintre manifestera un œil différent.



## **SEPTIÈME PARTIE**

# **THÉRAPEUTIQUES PARTICULIÈRES À NOS PRATIQUES**

Ce chapitre ne présente pas les thérapeutiques habituelles en auriculothérapie, du fait qu'elles l'ont été dans notre livre paru en 2007 chez le même éditeur<sup>1</sup>. Nous n'avons pas repris l'exposé synthétique fait en 2003 à Marseille<sup>2</sup> ; il ne comporte que de l'original :

- la publication relative à la première analgésie chirurgicale par auriculomédecine, réalisée par Yunsan Méas, sans prémédication ;
- l'utilisation de l'électroacupuncture, la technique permettant de meilleurs résultats en analgésie réflexe comme dans le traitement de la douleur chronique ;
- des données sur les fréquences électromagnétiques utilisées dans le diagnostic et en thérapeutique ;
- l'utilisation du Polartron dans le traitement des hématomes ;
- l'utilisation corporelle des champs magnétiques polarisés ;
- les travaux de thermométrie relatifs aux champs magnétiques polarisés ;
- un aide-mémoire sur les possibilités de la chromothérapie en auriculomédecine.

---

1. Rouxville Y, Méas Y, Bossy J (2007) Auriculothérapie, Acupuncture auriculaire. Springer-Verlag France, Paris, p. 154-74.

2. Rouxville Y (2003) Les traitements utilisés en acupuncture auriculaire. Congrès de la FAFORMEC à Marseille.

# À propos d'un cas d'analgésie chirurgicale par auriculomédecine<sup>1</sup>

Y. Méas

Cette observation simple décrit une technique d'auriculomédecine applicable à l'analgésie opératoire.

## Introduction

L'observation que je me permets de vous présenter ici avec beaucoup d'humilité et qui constitue une première « nationale » est celle d'une analgésie obtenue par auriculothérapie et auriculomédecine pour une intervention opératoire de stripping de varices des membres inférieurs.

## Histoire de la maladie

Mme. F.G., âgée de 61 ans, est une patiente que je connais bien puisque je l'avais déjà soignée trois ans auparavant pour des troubles circulatoires des membres inférieurs et des troubles mnésiques transitoires. À l'époque, un premier traitement par auriculomédecine l'avait parfaitement soulagée et elle m'avait consulté depuis à de nombreuses reprises pour d'autres raisons diverses (dorso-lombalgies, anxiété...).

Au début du mois d'octobre 1989, elle décide de se faire traiter plus radicalement ses varices et de se les faire enlever. Je lui propose donc une intervention sur son membre inférieur gauche par crossectomie et cryoveinage (stripping). Par peur de l'anesthésie générale, elle me fait part de sa volonté d'une analgésie par auriculothérapie, sa demande je l'ai acceptée et l'ai accompagnée dans sa démarche.

---

1. Paru dans Sciences et Médecines Nouvelles (1990) Vol. 1, n° 3, Câble éditions, Lyon.

## Technique utilisée

Je décidais d'aborder le problème par étapes successives et proposais deux séances préparatoires à J-21 et J-4 puis une troisième séance en préopératoire immédiat (sur la table d'opération).

### Première séance (J-21)

En dehors d'un examen clinique classique mais approfondi à la recherche d'éléments pouvant interférer avec l'analgésie, j'axais principalement la consultation sur sa motivation et expliquais soigneusement la différence entre analgésie et anesthésie.

Le protocole d'auriculomédecine utilisé au cours de cette première séance a été le suivant :

#### *Correction des anomalies du terrain* (fig. 1)

Recherche des obstacles classiques tels qu'ils sont soigneusement décrits en auriculomédecine.

Vérification de la latéralité.

« Réglage » des commissures interhémisphériques ainsi que des transferts d'information de type adrénergique et cholinergique.

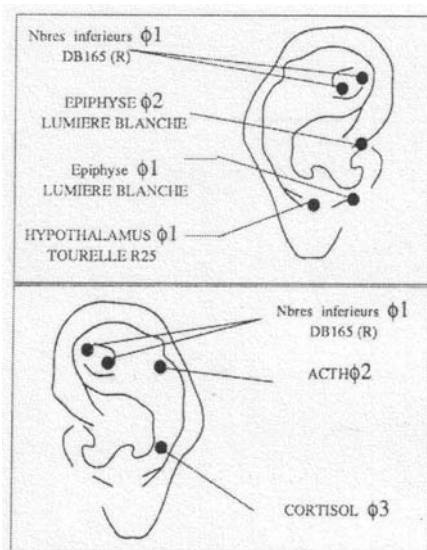


Fig. 1 – Traitement à J-21.

### **Première préparation à l'analgésie**

Analyse du système de l'adaptation et plus particulièrement des points d'adaptation de première génération dont les perturbations de photosensibilité sont mises en évidence par réaction à la projection locale au niveau de l'oreille des couleurs analogiques de phases correspondantes.

Mise en évidence de perturbation des points épiphysaires (réaction à la projection de la lumière blanche).

Détection de la projection des membres inférieurs en phase 1 par leur réaction au générateur DB 165 (touche rouge).

L'ensemble des perturbations de photoréception ainsi détectées est traité par puncture à l'oreille à l'aide d'aiguilles d'acier de type acupuncture (DN 34).

### **Réadaptation de l'activité neurovégétative**

Elle est obtenue par quatre minutes de traitement à l'aide du Thérāmagnétic selon la formule Sud+ à gauche et Nord+ à droite, selon le protocole exposé dans les travaux du Dr Paul Nogier en 1986.

### **Deuxième séance (J-4)** (fig. 2)

Après nouvel interrogatoire sur la persistance de la motivation de la patiente et les signes fonctionnels apparus à la suite de la première séance, j'ai utilisé le protocole suivant :

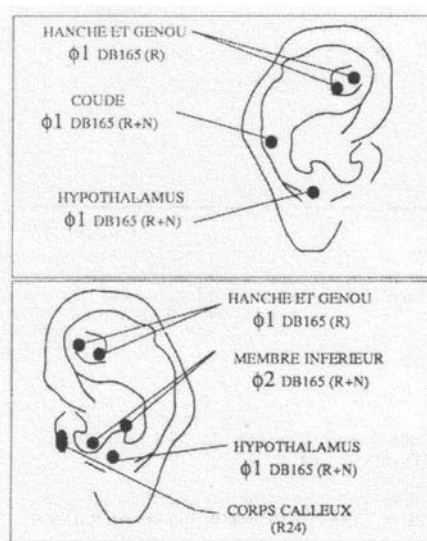


Fig. 2 – Traitement à J-4.

### Protocole d'auriculomédecine

Vérification de l'absence de trouble de latéralisation et d'obstacle.

Recherche à l'aide du DB 165, qui met en évidence (les deux touches rouge et noire du stimulateur étant enfoncées) les points hypothalamus en phase 1 à droite et à gauche, le membre inférieur gauche en phase 2 sur l'oreille gauche, le point du coude en phase 1 à l'oreille droite. La présence de ce point du coude peut s'expliquer par le phénomène de résonance de correspondance par rapport au membre inférieur (phénomène dit de double localisation).

Traitement de l'ensemble des points détectables à l'aiguille simple d'acier (DN 34).

Recherche de points réagissant à la couleur rouge 24 de la tourelle, mettant en évidence une altération du corps calleux sur le tragus gauche, et de points réagissant au DB 165 (touche rouge) objectivant une altération de la hanche et des genoux en phase 1 à droite et à gauche, tous ces points étant traités à l'aiguille d'acier DN 34.

Recherche au DB 165 (touche rouge) de points rachidiens, mettant en évidence les vertèbres L3 et S2 en phase 1 à droite et à gauche, points traités par stimulation électrique à la fréquence de 70 Hertz à très faible puissance.

À l'issue de cette séance, et pendant toute la durée de la stimulation, la patiente ne ressent aucune douleur à l'épilation ni à la brûlure, En revanche, elle conserve sa sensibilité profonde.

### Troisième séance (J0) (fig. 3)

Le jour de l'intervention, les mêmes points qu'au cours de la précédente séance sont utilisés. La stimulation électrique est démarrée 20 minutes avant l'intervention. La durée de l'intervention a été d'une heure, la stimulation ayant été maintenue 10 minutes en postopératoire, soit une durée totale de une heure et trente minutes.

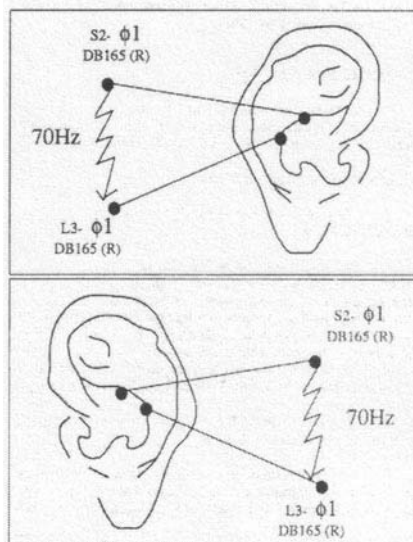


Fig. 3 – Traitement électrique à J-4 et à J0.

Aucune sensation douloureuse n'a été ressentie par la patiente et ceci dès la première incision dans la région inguinale gauche (d'une longueur de 6 centimètres), suivie de trois contre-incisions au niveau de la cuisse pour exérèse en écharpe. Le cryoveinage puis la crossectomie sont effectués au ras de la veine fémorale exposée, suivis d'un cryoveinage tout le long du trajet crural. La fermeture est effectuée par points classiques et l'on met en place une bande à varices.

Grâce à cette technique, la patiente a participé au déroulement de l'intégralité de l'intervention, pouvant ainsi coopérer en maintenant elle-même son membre inférieur gauche en position de Trendelenburg requise notamment pour faciliter le bandage.

Il n'y a eu aucune prémédication, ni bien entendu d'anesthésie locale ni loco-régionale.

# Quelques réflexions et remarques (sur les fréquences)<sup>1</sup>

Y. Rouxeville

Dans une lettre qu'il m'a adressée, le Dr Rouxeville m'a fait part de différentes constatations à propos de l'utilisation des fréquences +20 et -20 de l'EMS.

« Il me semble, dit-il, que les fréquences +20 et -20 signeraient une pathologie ancrée dans l'organisme ; plus précisément les fréquences +20 seraient en rapport avec des processus de structuration, et les fréquences -20 avec des processus de déstructuration.

Je recherche la fréquence +20 ou -20 dans le logis de la fréquence de base et traite par l'électrode magnétique de l'EMS, en respiration normale ou en apnée, selon le protocole défini au Congrès de juin à Lyon, et avec des résultats fort intéressants.

Par exemple dans les plages :

- B : dans les asthmes purs, je note souvent B - 20 dans la conque. Dans deux cas de dilatation des bronches, B + 20 dans la conque.
- C : dans les arthroses et un cas de Paget, C + 20 sur l'anthélix (ou la hanche, ou le genou) ; dans les poussées inflammatoires d'arthrose : C + 20 et C - 20.

Dans un cas de pelvispondylite, dans les cas de polyarthrite rhumatoïde, dans l'ostéoporose, voire dans les séquelles de Scheuermann : C - 20. Le C - 20, à mon avis, correspond à un danger à manipulation vertébrale.

- F : dans les cas psychologiques d'excitation (pour un homéopathe, le type Lachesis ou Argentum Nitricum : F + 20 sur la ligne des sons. En revanche, dans les dépressions réactionnelles : F - 20.
- G : dans un cas de psychose maniaco-dépressive : G + 20 près d'Omega.

Dans un cas d'idées suicidaires, G - 20 dans le lobule antérieur.

Ces différents cas ont été revus, et améliorés par cette thérapeutique, avec résultats probants par rapport aux traitements antérieurs.

La pathologie avec +20 me semble réagir plus favorablement que la pathologie avec -20.

Il me semble que si le blocage primitif dégénère, la fréquence fondamentale varie vers le +20 ou le -20. Par exemple, un blocage vertébral noté à l'anthélix (pas obligatoirement ostéopathique) peut évoluer vers l'arthrose ou l'ostéoporose, selon le terrain.

---

1. Nogier P (1979) Revue Auriculomédecine, n° 14, p. 21. Reproduit avec l'aimable autorisation de la Revue Auriculomédecine.



De même, un choc affectif se manifeste par du F dans la plage F. Plus tard, on peut trouver du F – 20 dans la plage F (ou encore du F + 20, selon le cas). »

Et le Dr Rouxville termine sa lettre en faisant part de sa « grande satisfaction pour les traitements en apnée non iatrogènes et souvent très efficaces, par aiguilles et fréquences magnétiques, mais efficaces au bout de 24 à 48 heures, plus tard que la piqûre à l'aiguille. »

## Commentaires

Je remercie particulièrement le Dr Rouxville de son exposé sur les fréquences de +20 et –20.

Je me suis permis, sans peut-être lui en demander l'autorisation, de publier son travail car je l'estime très instructif pour notre pratique journalière.

## Nota

Les commentaires sont de la plume de Paul Nogier.

# Les fréquences décrites par Paul Nogier

Y. Rouxeville

## Évolution des fréquences recommandées

Au début des années soixante-dix, nous utilisons l'EMS® avec la gamme des fréquences initiales décrites par Paul Nogier. Ce sont des harmoniques : 2,5 Hz (A), 5 Hz (B), 10 Hz (C), 20 Hz (D), 40 Hz (E), 80 Hz (F), et 160 Hz (G). Tous les utilisateurs en étaient fort satisfaits.

En 1981, Paul Nogier a publié de nouveaux chiffres : 2,28 Hz (A0), 4,56 Hz (B0), 9,12 Hz (C0), 18,25 Hz (D0), 36,5 Hz (E0), 73 Hz (F0), 146 Hz (G0), encore dites fréquences fondamentales. Ces fréquences sont en résonance avec les différentes parties de l'oreille et du revêtement cutané (fig. 1) Des variations peuvent être utilisées (10 %, 20 % ou 30 % en plus ou en moins de ces fréquences). Depuis cette période, les dispositifs médicaux ont donc été calés sur ces nouvelles données.

Cependant, certains chefs d'école, dont René Bourdiol et Franck Bahr, ont travaillé sur des fréquences différentes de celles décrites par Paul Nogier.

Les hypothèses et les expérimentations se sont succédé. De rares publications ont tenté timidement de relier les variations de fréquences avec des situations pathologiques<sup>1</sup>.

Fallait-il agir en thérapeutique sur la fréquence elle-même ou sur une harmonique<sup>2</sup> ? Au cours de son enseignement oral, Paul Nogier nous a répondu le 25 février 1984 puis le 27 mars 1987<sup>3</sup> en différenciant le travail en compensation et le travail en réaction. Le 15 juin 1989, il nous a également mis en garde contre les dangers de certaines fréquences électromagnétiques.

---

1. Rouxeville Y (1981) Les fréquences +20 et -20. *Revue Auriculomédecine*, n° 22, p. 31-2.

2. Rouxeville Y (1982) Les fréquences... comment agir ? *Revue Auriculomédecine*, n° 26, p. 27-9.

3. Rouxeville Y (2009) Index des cours de Paul Nogier du 27/02/1981 au 09/07/1994. [www.biblio.auriculo.fr](http://www.biblio.auriculo.fr)

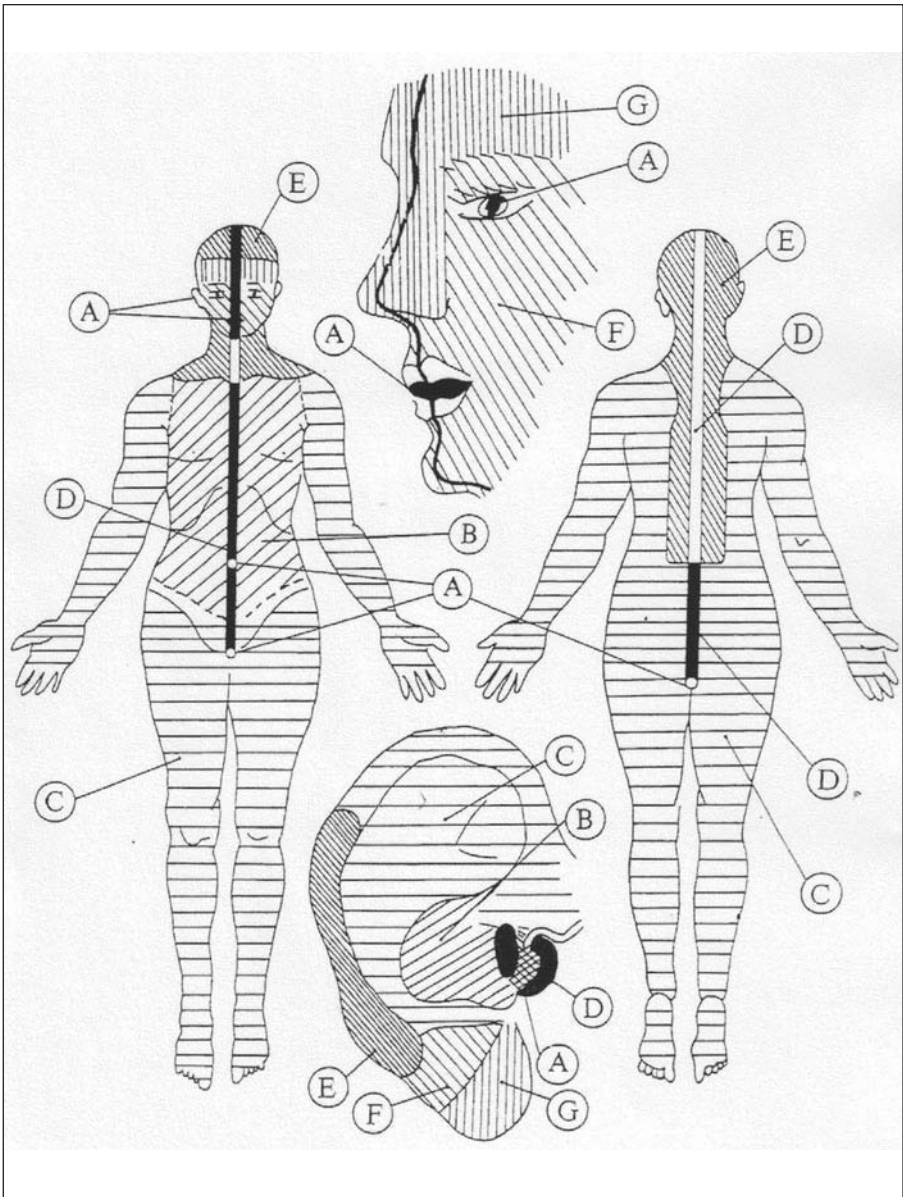


Fig. 1 – Correspondance des fréquences sur le corps et sur l'oreille.

## Limites entre les gammes de fréquences

Où se situe la limite entre l'influence respective de deux fréquences ? Le simple calcul mathématique indique que 33 % de 73 fait 24,3, et que 33,3 % de 146 fait 48,2. L'influence de la fréquence F (de F-33,3 % à F+33,3 %) s'étend donc de 48,7 Hz à 97,3 Hz, l'influence de la fréquence G débute à 97,80 Hz (146-33,3 % de 146). Désormais, je préfère donc le terme « les fréquences F » (de 50 Hz à 100 Hz) centrées sur « F0 qui est à 73 Hz ».

## Échelle des fréquences de Paul Nogier

L'échelle des fréquences de Paul Nogier s'étend pour :

- les fréquences G : de 100 Hz à 200 Hz ;
- les fréquences F : de 50 Hz à 100 Hz ;
- les fréquences E : de 25 Hz à 50 Hz ;
- les fréquences D : de 12,5 Hz à 25 Hz ;
- les fréquences C : de 6,25 Hz à 12,5 Hz ;
- les fréquences B : de 3,13 Hz à 6,25 Hz ;
- les fréquences A : de 1,56 Hz à 3,13 Hz.

Naturellement, des propriétés particulières peuvent correspondre à des fréquences très particulières. C'est le cas de la fréquence L, de 276 Hz, agissant sur la latéralité décrite par Raphaël Nogier<sup>4</sup>. Cette fréquence est elle-même moins 5 % de la fréquence A accessoire 292 Hz (laquelle est le double de G 146 Hz) utilisée dans les dispositifs médicaux.

## Balayage des fréquences Nogier

En 1988, Paul Nogier a proposé le traitement au laser par un balayage des sept fréquences fondamentales (A0 puis B0, puis C0, puis D0, puis E0, puis F0, puis G0, puis à nouveau A0, etc.)<sup>5</sup>. Il s'agit d'un effet équilibrant, dit à l'époque « fonc-

4. Nogier R (2008) Photo émission, photoperception, fréquence « L », Annales du GLEM, p. 94-105.

5. Rouxville Y (2009) Index des cours effectués par le Dr Paul Nogier du 27 février 1981 au 9 juillet 1994. Peut être consulté sur [www.biblio.auriculo.fr](http://www.biblio.auriculo.fr)

tion Defilase » (du nom d'un dispositif de l'époque) et actuellement « balayage fréquentiel ».

C'est cette fonction de balayage que j'ai utilisé avec le GIR Lase® pour traiter les points du tragus, pendant une minute, lors des confrontations avec le système Acus® en 1994<sup>6</sup>. J'ai vu l'effet du laser se manifester sur l'écran de l'ordinateur, par des modifications de l'impédance des points traités !

Depuis 1995, j'utilise systématiquement la fonction balayage d'un prototype du laser Agilase®, en projetant ce faisceau laser sur les points à la place des aiguilles, ou sur les aiguilles, pendant 30 à 60 secondes. Je n'ai jamais observé d'effet adverse.

Depuis 2009, les expérimentateurs et les utilisateurs de traitement électrique par balayage fréquentiel sur le Modulo 100® ont remarqué un effet particulièrement efficace pour calmer, relaxer et équilibrer ; je l'avais recommandé au fabricant.

Il y a quatre jours, j'ai eu l'occasion de faire des démonstrations à un groupe d'élèves. Un à deux points d'oreille ont été traités par électricité (balayage fréquentiel) chez quatre d'entre eux ; dans la journée, ces quatre collègues ont noté un effet particulièrement significatif (un cas de lombalgie, un cas de pieds froids, un cas de tendinite scapulaire chronique, un cas de douleurs abdominales mal étiquetées).

En termes d'efficacité, le traitement électrique des points d'oreille par le balayage fréquentiel me semble comparable au Stigmascope®<sup>7</sup> de mes débuts.

---

6. Rouxville Y (2000) Acupuncture auriculaire personnalisée. Sauramps médical, Montpellier, p. 128-9.

7. Voir à ce sujet dans le chapitre Auriculothérapie « Détection électrique : historique, théorie et pratique ».

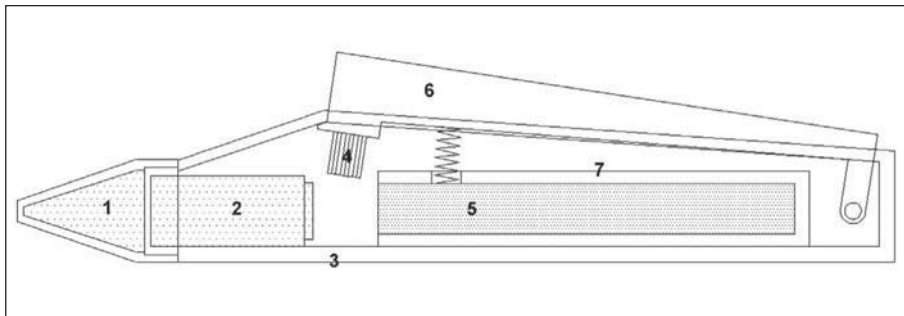
# Étude clinique du Polartron Sud® en traumatologie sportive<sup>1</sup> (extraits)

Y. Rouxeville

Synthèse du mémoire pour le Diplôme universitaire de Pathologie de l'appareil locomoteur appliquée au sport (Faculté de Médecine de Rennes).

La lésion constante en traumatologie est l'issue de sang hors des vaisseaux et capillaires. Dans les contusions, chocs, entorses, déchirures musculaires, on note toujours un hématome macroscopique, qui n'est parfois qu'une ecchymose mineure.

Le Polartron Sud® est un générateur d'énergie magnétique polarisée Sud, c'est-à-dire d'un flux magnétique Sud® traversant une douzaine de filtres Polaroid (fig. 1). Cette énergie magnétique polarisée, mise en évidence par le Dr Paul Nogier, a des effets cliniques certains sur les tissus vivants. Les hématomes, algies et séquelles de traumatismes semblent être une indication de choix pour cette physiothérapie.



**Fig. 1** – Schéma du Polartron : aimant en 5, dispositif polarisant en 4.

1. Rouxeville Y (1980) Utilisation du Polartron Sud en traumatologie sportive. Revue Auriculomédecine n° 19, p.7-8. Reproduit avec l'aimable autorisation de la Revue Auriculomédecine.

## Utilisation

Ayant enlevé le capuchon conique qui permet une action ponctuelle, on appuie sur la gâchette et l'on dirige loco-dolenti. Il n'est pas nécessaire de toucher la peau. Deux à cinq minutes suffisent. L'action sur la douleur est rapide et souvent notée en dix minutes. Une seule séance peut suffire. Il arrive qu'au bout de deux à cinq jours, on soit amené à une nouvelle séance.

Les patients notent un effet bénéfique sur la douleur, sur l'œdème, et une résorption très accélérée de l'hématome sans apparition de l'hématome déclive. À ce jour, aucun effet secondaire ni aggravation n'a été noté.

L'étude clinique en traumatologie sportive a porté sur 71 applications, en clientèle de ville. Dans 70 cas, seule l'action du Polartron est à retenir.

Onze cas n'ont pas été revus (aléa d'expérimentation en clientèle de ville), six cas ont été notés avec des résultats nuls (dont trois épicondylites). 53 observations avec un effet positif ont été colligées, soit un pourcentage de 75 % (en tenant compte des cas non revus) de résultats efficaces.

L'efficacité nous a semblé particulièrement régulière dans les cas de : hématomes, entorses tibio-tarsiennes, claquages musculaires, hématomes sous-périosté, séquelles de fractures, périostose tibiale.

Nous avons également noté des résultats positifs dans quelques cas de perte de substance cutanée, d'otites séreuses, d'acouphènes et de douleurs d'arthrite.

Le Polartron Sud® nous semble être une solution élégante, spécifique, rapide, sans inconvénients notés à ce jour, c'est-à-dire un traitement de choix dans le cadre des séquelles de traumatismes.

## Discussion

Cette action sur les phénomènes douloureux et vasomoteurs est une action locale directe et non pas une action réflexe. Il semblerait que l'énergie magnétique polarisée permette de colmater des brèches vasculaires au niveau de capillaires lésés, et d'agir sur les membranes cellulaires des tissus musculaire ou conjonctif dans lesquels le sang se serait répandu.

Cette sorte de physiothérapie avec des résultats brillants offre des perspectives : en chirurgie générale, orthopédique et plastique, dans les pertes de substance cutanée, en phlébo-angéiologie, en ORL (otites séreuses et barotraumatiques), etc.

Nous n'avons pas noté de toxicité ou d'incidents en quatre mois d'utilisation sur cette courte série. L'application loco-dolenti pendant trois à cinq minutes peut

éventuellement être renouvelée au bout de deux à sept jours, selon la profondeur, l'importance de la collection sanguine ou de la douleur, et l'ancienneté. Le Polartron Sud® permet de calmer la douleur, de résorber œdèmes et hématomes, de reprendre plus rapidement la fonction.

En dix ans de pratique médico-sportive, le Polartron Sud® est la thérapeutique d'après mon expérience la plus régulièrement efficace et fiable dans ces indications<sup>2</sup>.

---

2. Le prototype expérimenté est commercialisé sous le nom de Polartron Sud Directionnel.



# Utilisation corporelle des champs magnétiques et électromagnétiques polarisés<sup>1</sup> (extraits)

Ils ont été découverts, expérimentés et proposés par le Dr Paul Nogier il y a près de vingt ans. Paul Nogier avait noté que l'interposition de filtres Polaroid entre le pôle d'un aimant et la peau d'un malade permet d'obtenir un effet thérapeutique particulier.

## Polartron®

Il est formé d'un gros aimant au technétium devant le pôle duquel a été disposé un ensemble de filtres Polaroid.

C'est un prototype de Polartron Sud® qui fut utilisé dans l'étude en traumatologie, présentée en 1980 à la Faculté de Médecine de Rennes. Une action bénéfique sur les hématomes et les traumatismes avait été notée dans 75 % des cas d'une série de 71 cas. Le Polartron® a évolué. Actuellement seuls les Polartrons multidirectionnels et les Polartrons unidirectionnels sont commercialisés.

## Théramagnétique polarisé®

Il n'est plus commercialisé depuis une dizaine d'années. Malgré tout, les possesseurs de ce merveilleux appareil peuvent toujours l'utiliser. C'est le bénéfice d'une expérience de 20 000 à 25 000 cas traités avec ce dispositif qui me légitime à vous faire cette présentation.

Les champs Sud, appliqués sur le corps, ont un effet clinique bénéfique dans les traumatismes et les douleurs rhumatismales, anciens ou récents.

---

1. Rouxville Y (1998) Utilisation corporelle des champs magnétiques polarisés. Annales du GLEM, p. 16-8. Reproduit avec l'aimable autorisation des Annales du GLEM.

## Synthèse sur leur effet

Les champs Nord, appliqués sur le corps, ont un effet clinique bénéfique dans les névralgies et les contractures musculaires. Ils sont plutôt relaxants.

Les champs simples sont plutôt régulateurs au plan neurovégétatif, et sont extrêmement utiles dans l'aide au traitement des troubles fonctionnels.

Les champs polarisés ont, en revanche, une action évidente sur les troubles organiques, en particulier dans le traitement des zones dites exclues du contrôle central.

Les champs polarisés à l'extinction ont un effet clinique anti-inflammatoire et tonifiant. En revanche, les champs polarisés unidirectionnels ont une action plus antalgique.

## Mécanismes d'action

On ne connaît pas le mode d'action des champs magnétiques et électromagnétiques polarisés. Dans les hypothèses que nous devons formuler, il en est deux que j'émetts. La première est que les champs magnétiques et électromagnétiques polarisés pourraient agir sur la perméabilité des membranes au passage d'ions (donc sur les canaux ioniques). La seconde est de les créditer d'une action sur le fonctionnement des synapses (donc sur la régulation des neuromédiateurs). Les effets observés sur 20 000 à 25 000 malades et notre connaissance actuelle des modes d'action des traitements épaulent ces hypothèses.

## Réactivité individuelle

L'utilisation des champs polarisés est à réserver aux praticiens ayant une formation en auriculomédecine. En effet, la réactivité individuelle du point de la zone du malade, ou liée à la maladie, fait que le malade pourra réagir à une thérapeutique dans le sens souhaité, comme il pourra réagir à l'inverse de la réaction attendue !

Ces hyperréactions et hyporéactions font partie de la complexité du corps. Nous les étudions aux différents niveaux de la formation en auriculomédecine : par la mesure de norADR et de ACH, par les couleurs 21 et 44, par les filtres

Kodak O 21 et B 44, ou par les fréquences fondamentales de Nogier, avec l'étude dite de la réaction centrale. Ce protocole sera fait *loco dolenti*, de manière préalable à une thérapeutique.

On ne peut affirmer que ce sera toujours Nord ↑, et Sud → dans tel cas, non plus que ce sera toujours un champ Sud multidirectionnel dans tel autre cas.

## Test de la thérapeutique

Je le pratique depuis quelques années ; c'est le tout bête test d'écart. On approche de l'endroit à traiter un anneau-test magnétique (aimant Nord sur une face, et aimant Sud sur l'autre) puis on le met en contact de la peau afin de rechercher une éventuelle information de toxicité. Ensuite, on l'écarte de la peau du malade afin de noter une possible information bénéfique.

Si l'on note une réaction toxique au Nord multidirectionnel, il ne faut pas effectuer un traitement à cet endroit par un champ Nord multidirectionnel. Mais si cet endroit réagit favorablement au Sud sans que l'on y note d'information toxique, c'est bien ce traitement qu'il faut effectuer.

Ce test de la thérapeutique m'a été suggéré par un élève du Cours supérieur, le regretté Dr Jacques Gabarron, d'Ancenis. J'ai retenu ce test en raison de sa simplicité, de sa facilité d'utilisation (ni perte de temps, ni réflexion) et de sa logique irréfutable pour un auriculomédecin.

Il faut donc tester au contact et à l'écart les anneaux tests AT : AT face Nord, AT face Sud, AT face Nord polarisée et, AT face Sud polarisée et, puis AT face Nord avec Polaroid X, et enfin AT face Sud avec Polaroid X.

En cas de fabrication personnelle, le plastique de protection du filtre Polaroid doit être retiré avant la première utilisation. Sinon la question posée n'est absolument pas « lumière polarisée dans tel sens », mais « truc bizarre et inconnu ». Un diagnostic erroné conduira à un traitement incorrect, voire iatrogène.

## Thérapeutique et diagnostic

La thérapeutique ne doit pas précéder le diagnostic, mais en être la conséquence.

Pour avoir oublié cette loi, et l'avoir transgressée, nous avons tous eu des déconvenues, ou des échecs retentissants.

Les mêmes lois relatives au contact et à l'écart s'appliquent à l'oreille comme au corps. Chacun pourra obtenir les mêmes résultats que moi, répétitifs dans la

douleur, en rhumatologie, dans la fatigue, les troubles du sommeil ou le zona. Ayant osé, j'ai pu obtenir un effet positif très intéressant dans un cas de coronarite et en certains cas de polyarthrite rhumatoïde et d'ostéoporose (ceci à titre anecdotique).

Mais les résultats les plus fiables me semblent être plus significatifs dans les cas de pathologie subaiguë ou chronique.

Près de vingt ans de pratique pluriquotidienne du Théramagnétic polarisé appliqué sur le corps, en périphérie, m'autorisent à parler de façon posée, sous la condition d'un protocole correct. L'enthousiasme du début a fait place à un optimisme mesuré. Il ne faut jamais hésiter à pratiquer une seconde mesure (comparative).

## Nota

Douze ans après, mon seul ajout est sur le mécanisme d'action supposé.

Le Polartron Sud et le Théramagnétic Sud sont électivement actifs dans les pertes de substance, les tendinites, l'arthrose, les déchirures musculaires. Il est donc logique d'estimer qu'ils favorisent localement les facteurs de croissance de la réparation tissulaire.

# Chromothérapie : protocoles et procédures en auriculomédecine<sup>1</sup>

Y. Rouxeville

## Photogramme (photoréception corporelle et photothérapie corporelle)

Raphaël Nogier a codifié et enseigné ces techniques. Le principe de base est que l'éclairage du corps d'un sujet (membres, thorax, abdomen) par une lumière blanche forte doit déclencher des RAC. Il en est de même pour l'éclairage avec une lumière colorée forte.

Si l'éclairage effectué par une lumière colorée forte ne déclenche pas de RAC, cette anomalie est nommée « trou de photoréception ». Cette anomalie semble très fréquente dans les maladies complexes, pluricausales, et tout principalement dans les dermatoses chroniques.

Le traitement adapté du trou de photoréception se fait par l'éclairage du corps (membres, thorax, abdomen) du sujet atteint par cette même lumière colorée pulsée.

Une fois le traitement effectué, on vérifiera que l'éclairage fort par la lumière colorée en cause déclenche des RAC. Cette information montre une régularisation de l'anomalie.

Durée de l'examen : deux minutes pour une batterie de 14 couleurs.

Durée du traitement : 5 à 15 minutes.

---

1. Manuscrit écrit en 2005 pour *The essentials of Auriculomedicine*, traduit par MR LeBel, Dux Lucis Books, CA Santa Monica, États-Unis. Reproduit avec l'aimable autorisation des éditions Sauramps médical.

## **Photonothérapie séquentielle (ou chromo luminescence)<sup>2</sup>**

Le Pr Pierre Magnin a longtemps œuvré pour élaborer cette technique. Le diagnostic passe obligatoirement et initialement par la recherche des territoires, zones et points pathologiques à l'oreille. La projection de lumière colorée sur l'oreille ne doit pas déclencher le RAC, hors de toute pathologie.

Si l'éclairage coloré de l'oreille déclenche le RAC, on précisera les points de l'oreille où cette projection colorée déclenche le RAC.

Le traitement consiste à appliquer cette couleur sur ce point, par une lumière colorée pulsée (par l'intermédiaire d'une fibre optique), tant que le RAC reste positif. Il faut faire le traitement à l'oreille, et le poursuivre sur le corps si nécessaire.

Chez les malades chroniques, une fois terminé le traitement ponctuel de l'oreille par la couleur, on recherchera si une nouvelle couleur déclenche le RAC. Si c'est le cas, on agira comme pour la première couleur, en réalisant une séquence des couleurs.

Durée de l'examen : 120 secondes environ, pour une batterie simple de tests.

Durée du traitement : 10 à 40 minutes.

## **Photothérapie pulsée**

### **En lumière pulsée et rythmée**

Elle permet un éclairage, rythmé par les fréquences de Nogier. Cet éclairage est généralement effectué sur l'abdomen (et le thorax) du malade pendant 5 à 15 minutes. C'est l'approche la plus simple (luminothérapie) :

– lumière blanche et fréquence E (abdomen) effet antidépresseur (Raphaël Nogier).

---

2. Magnin P (2010) Des Photons et de la Vie. Chromatothérapie. Sauramps médical, Montpellier.

## En lumière colorée pulsée et rythmée

La lumière peut être colorée par un filtre chromatique. On utilise une des sept couleurs du Programme Couleurs, l'éclairage étant rythmé par les fréquences de Nogier (en fait la fréquence correspondant au filtre chromatique).

- L'expérience des utilisateurs a permis de conseiller pour certaines maladies :
- filtre B25 et fréquence B (abdomen) dans la fibromyalgie (Raphaël Nogier) ;
  - filtre E44 et fréquence E (front) dans la maladie de Parkinson (Bernard Leclerc) ;
  - filtre F98 et fréquence F (front) dans les tics (Bernard Leclerc) ;
  - filtre F98 et fréquence F (abdomen) : effet antidépresseur et anxiolytique, perçu comme tranquilisant et libérateur par les malades (Jean Goris).

## En lumière colorée pulsée et rythmée en balayage

Pour avoir une action plus générale, il est possible d'utiliser l'une des sept couleurs du Programme Couleurs, avec un éclairage fréquentiel couvrant les sept fréquences de Nogier (A, puis B, puis C, puis D, puis E, puis F, puis G) dit en balayage. Le psychiatre allemand Jean Goris a innové cette technique avec succès, en particulier dans la maladie mentale<sup>3</sup>. Il recommande en particulier :

- filtre G30 et balayage par les 7 fréquences dans les dépressions avec adynamie.

Pour savoir la couleur indiquée, je pratique de la façon indiquée ci-après : l'anneau creux est posé sur le milieu du front, le programme couleurs est posé sur l'anneau creux. Si des RAC sont perçus, il suffit de rechercher lequel des sept filtres colorés déclenche le RAC lorsqu'il est posé sur cet anneau creux.

---

3. Goris J (2006) Paradigm change in etiology and therapy of psychological perturbances and diseases. Symposium international d'auriculothérapie et d'auriculomédecine de Lyon.

# Électro-acupuncture auriculaire<sup>1</sup>

Y. Méas, Y. Rouxeville

Le courant électrique accroît et précise l'effet des aiguilles. Cette technique permet même de réaliser aisément des analgésies lors des interventions chirurgicales.

## Rythmes fréquentiels utilisables en électrothérapie <sup>(2-4)</sup>

Les très basses fréquences (inférieures à 10 Hz) sont antalgiques par libération d'endorphines.

Les fréquences de 15 à 20 Hertz augmentent l'effet des antiémétiques.

Les basses fréquences (50 Hz à 100 Hz) sont antalgiques par libération d'enképhalines, blocage de la substance P, action sur l'interneurone inhibiteur de la moelle, inhibition de la substance grise péri-aqueducule, en bref par « contrôle Porte ».

L'électrothérapie de 50 à 500 Hz a un effet excito-moteur (renforcement musculaire sportif, rééducation après chirurgie, paralysie musculaire par dénervation).

La fréquence de 100 Hz est décrite pour lutter contre les spasmes musculaires.

Les champs électromagnétiques de 75 Hz ont été utilisés par Pilla et Bassett pour consolider le tissu osseux (pseudarthroses) (4).

La fréquence de 80 Hz a été reconnue par Paul Nogier, en 1978, favorable dans les douleurs après fracture. Selon lui, cette action favoriserait l'action de la parathormone (5).

---

1. Extraits d'une publication destinée à la revue ICAMAR. Reproduit avec l'aimable autorisation de la revue ICAMAR.



## Électrostimulations antalgiques (2, 3)

Elles ont été bien décrites par CF Roques, de Toulouse et fonctionnent selon trois modes :

- un mode conventionnel avec une fréquence de 50 à 100 Hz et une intensité faible couvrant le territoire douloureux avec des sensations paresthésiques confortables, en stimulation homotopique sur les zones douloureuses ou la zone segmentaire, pour réaliser un contrôle porte ;
- un mode de stimulation intense et brève associant une fréquence supérieure à 100 Hz et une intensité désagréable mais non algique qui mettrait en jeu le système Gaba ;
- un mode endorphinique avec une fréquence de 1 à 10 Hz et une intensité élevée si possible préalgique et pouvant provoquer des contractures musculaires (selon les zones appliquées). Les sites de stimulation peuvent être homotopiques (du même côté que la lésion) ou hétérotopiques (controlatéraux).

Les modes conventionnels et endorphiniques sont les plus utilisés. L'auriculothérapie fonctionne sur ces deux modes, mais le mode endorphinique semble être la voie de prédilection.

Outre la régulation de porte médullaire et le contrôle opioïde médullaire, ces stimulations agissent en facilitant la contre-irritation, en activant le contrôle inhibiteur diffus de la nociception (CIDN, mécanisme décrit par Le Bars) : un stimulus douloureux est capable de diminuer et de masquer une douleur engendrée par un stimulus nociceptif appliqué à une autre région du corps.

## Électrostimulation des aiguilles

Un générateur relié à des électrodes émet un petit courant électrique continu. Les électrodes sont connectées à des aiguilles d'acupuncture fichées sur le corps ou dans l'oreille. Le petit courant électrique émis va accroître, potentialiser et préciser l'effet des aiguilles.

La stimulation électrique des aiguilles est une action percutanée. La résistance de la peau n'a pas à être vaincue, ce qui explique qu'on utilise moins de courant en mode percutané que pour stimuler une électrode posée sur la peau (mode transcutané).

Cette méthode a permis aux Chinois d'augmenter l'efficacité clinique de leurs soins par acupuncture, puis de réaliser des analgésies réflexes chirurgicales. De nombreuses études ont été menées (6-10).

Les Chinois ont utilisé le stimulateur G 6805 qui permet des combinaisons de fréquences de 1 Hz à 100 Hz (11).

## Travaux du Pr Durinyan

Le Pr Durinyan (Moscou) a étudié l'effet des basses fréquences pour modifier les potentiels évoqués chez le chat. Il a noté qu'en 15 minutes d'électroacupuncture auriculaire, l'amplitude des potentiels évoqués diminue de plus de 2 fois  $\frac{1}{2}$ , alors que l'électroacupuncture somatique est beaucoup moins active pour inhiber les PE (12).

## Travaux de l'ITERC

Le Pr Cahn et ses collaborateurs ont noté chez le lapin une chute des potentiels évoqués après 10 minutes de stimulation auriculaire. Afin d'étudier si l'auriculothérapie (modifiant les potentiels évoqués) pourrait avoir un effet cérébral sur l'électrogenèse, la même expérience a été pratiquée chez le singe. Après analyse spectrale en termes d'énergie, il a noté que les pourcentages relatifs des quatre bandes de fréquences lues sur l'électroencéphalogramme ( $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\theta$ ,  $\delta$ ) sont identiques. Cette vérification a permis au Pr Cahn de conclure que « l'effet de l'auriculothérapie s'exerce sur les voies de transmission de la douleur, sans effet dépressif sur le cortex cérébral »<sup>2</sup> (13).

## Travaux du Dr Yves Rouxville

Il a utilisé en clientèle privée l'Agistim®, appareil qui n'est plus fabriqué. Ce dispositif, émettant les fréquences mises en évidence par Paul Nogier, pouvait stimuler deux aiguilles d'acupuncture ou deux électrodes de surface (patches).

Rouxville a confirmé que la stimulation des aiguilles posées sur les oreilles, faite pendant 5 à 15 minutes, en renforce l'effet à tel point qu'il a parlé d'un « effet turbo » (14).

Il a noté que les stimulations discontinues (1,14 Hz pendant 3,5 secondes, repos 3,5 secondes, etc.) étaient plus antalgiques que les stimulations par la fréquence de 1,14 Hz en continu. Enfin, il a remarqué que le balayage exponentiel ascendant des 7 fréquences de Nogier (1,14 Hz à 73 Hz) durant 7 secondes avait une grande efficacité sur le plan antalgique.

---

2. Film *Stress, douleur, acupuncture, auriculothérapie*, réalisé pour le GLEM par Éric Duvivier.

## Expérience du Dr Yunsan Méas dans le domaine de la douleur (3)

Le Dr Yunsan Méas, praticien hospitalier au CETD (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur) du CHU de Nantes, dispose depuis 1989 d'un stimulateur électrique perfectionné, l'Agistim duo®. Les impulsions de courant sont de forme rectangulaires asymétriques positives et négatives à moyenne nulle. Yunsan Méas utilise cet appareil selon les données du Dr Jean Vibes (15) et du Pr Christian Roques (16).

Le stimulateur Agistim duo® fonctionne sur le secteur. Il peut émettre des fréquences de 1 à 100 Hz, ainsi que les fréquences de Nogier (U = 1,14 Hz, A = 2,28 Hz, B = 4,56 Hz, C = 9,12 Hz, D = 18,25 Hz, E = 36,5 Hz, F = 73 Hz) prééglées.

Yunsan Méas recommande de très basses fréquences (1 à 5 Hz) pour « booster » la sécrétion d'endorphines. Il recommande aussi l'utilisation de basses fréquences (20 à 80 Hz) pour obtenir le contrôle porte, le « *gate control* ». Il a également noté que la fréquence 80 Hz de faible intensité, *loco dolenti*, est efficace au cours de la stimulation (par exemple suture).

Yunsan Méas recommande les fréquences de 20 à 60 Hz sur le métamère ou au-dessus du métamère de la zone lésionnelle, mais aussi le balayage de 10 ou 20 Hz à 80 Hz pour le contrôle segmentaire sur le métamère afin de moduler les circuits lemniscaux. Pour obtenir un contrôle supra-segmentaire, il conseille le balayage de 10 Hz à 100 Hz.

Selon Yunsan Méas, ces stimulations électriques ont des effets comparables, qu'elles soient appliquées sur des points d'acupuncture à l'oreille ou sur le corps.

## Analgies réflexes chirurgicales réalisées par le Dr Yunsan Méas

Pour initier une analgésie sur le mode endorphinique, il faut environ trente minutes de stimulation. On utilise les bonnes fréquences, appliquées sur les points adéquats. La sécrétion d'endorphines et/ou enképhalines se fera ainsi tant dans le champ opératoire qu'au plan général. L'opéré ne ressentira pas la douleur.

Depuis le 6 novembre 1989, Yunsan Méas a réalisé à ce jour vingt analgies réflexes chirurgicales par acupuncture et/ou auriculothérapie, à l'aide de l'Agistim duo®, sans prémédication (dont deux stripping de varices par cryoveinage, deux tumorectomies du sein dont une filmé par FR3, deux canal carpien dont un de manière bilatérale, des lipectomies, des kystes synoviaux, huit poses de stimulateurs sous-thalamiques). L'électrostimulation par acupuncture et/ou auriculothérapie sert à la fois de prémédication et d'analgésie.

Le plus spectaculaire est sans doute la pose de stimulateurs sous-thalamiques chez des malades atteints de Parkinson. Il s'agit d'une intervention qui dure huit heures tout en mobilisant 12 à 14 personnes.

Naturellement, la contre-preuve par double aveugle est exclue ! L'électroacupuncture est ainsi une aide capitale pour des soins de haute technologie.

Les aiguilles doivent impérativement être hors du champ opératoire : quand le champ opératoire est céphalique, les aiguilles sont placées sur le corps. Lorsqu'il est sur le corps, les aiguilles peuvent être placées sur l'oreille ou en d'autres endroits du corps.

## Références

1. Boureau F, Willer JC (1979) La douleur. Exploration, traitement par neurostimulation, électro acupuncture. Masson, Paris
2. Rocques Ch-F (1997) Pratique de l'électrothérapie. Springer-Verlag France, Paris
3. Rouxville Y, Méas Y, Bossy J (2007) Auriculothérapie, Acupuncture auriculaire. Springer-Verlag France, Paris
4. Bassett CA, Pawluk RJ, Pilla AA (1974) Acceleration of fracture repair by electromagnetic fields a surgically non invasive method. Academy of Science, New York, p. 238-42-62
5. Nogier P (1978) Théralaser et fréquence F. Revue auriculo-médecine n° 13, p. 15-7
6. Bossy J (1980) Acupuncture, Moxibustion, analgésie acupuncturale (synthèse des symposia de Pékin). Doin, Paris
7. Sautreuil P, Piquemal M (2002) Acupuncture expérimentale. Acupuncture & Moxibustion 1: 106-9
8. Phan-Choffrut F, Nguyen J, Sautreuil P (2003) L'électroacupuncture réduit la spasticité après traumatisme médullaire. Acupuncture & Moxibustion 2: 93
9. Nguyen J (2004) L'électro-acupuncture (EA) à 100 Hz mais non l'acupuncture manuelle diminue l'hyperalgésie mécanique dans l'arthrite expérimentale chez le rat. Acupuncture & Moxibustion 3: 301-3
10. Nguyen J (2004) L'EA à 100 Hz mais non à 2 Hz ou l'acupuncture manuelle, réduit les lésions histologiques de l'arthrite chronique expérimentale chez le rat. Acupuncture & Moxibustion 3: 303
11. Nguyen J (2004) Les paramètres de l'électro-acupuncture. Acupuncture & Moxibustion 3: 302
12. Durinyan RA (1980) À propos de quelques mécanismes physiologiques mis en jeu par la médecine auriculaire. Auriculomédecine n° 18, Maisonneuve, p. 17-26
13. Nogier P, Corcelle A, Cahn J, Borzeix MG (1980) Expériences sur le lapin à l'Institut de Thérapeutique et de Recherches Cliniques (ITERC). Auriculo médecine n° 18, Maisonneuve, p. 33-42
14. Rouxville Y (1994) Intérêt de la stimulation électrique en auriculothérapie. Annales du 1<sup>er</sup> Symposium International d'Auriculothérapie et d'Auriculomédecine. GLEM, Lyon
15. Vibes J (2001) Guide de la douleur. Estem, Paris
16. Roques CF (2000) Électrothérapie antalgique. Douleur et Médecine Physique et de Réadaptation. Masson, Paris, p 239-46

# L'application locale de chaleur

Y. Rouxeville et Y. Méas

## Un traitement reconnu du point d'acupuncture

Le service médical de l'Assurance Maladie du Morbihan a répondu il y a cinq ans<sup>1</sup> à notre demande portant sur le remboursement des actes d'auriculothérapie par l'Assurance maladie :

« En réponse à votre courrier du 20 décembre 2005, je me permets de vous apporter les précisions suivantes :

- l'auriculothérapie est considérée comme de l'acupuncture ;
- certains procédés de stimulation sont reconnus : aiguille, moxas, micro-saignée, électricité ;
- d'autres n'ont pas fait la preuve de leur efficacité : projection de couleurs, laser, aimants, injections d'oligo-éléments.

Les techniques non éprouvées n'entrent pas dans le cadre des actes remboursables ».

Si l'application de chaleur sur les points d'acupuncture est reconnue comme efficace et remboursable, en France et au XXI<sup>e</sup> siècle, c'est bien en raison de ses effets bénéfiques bien connus en acupuncture traditionnelle sous le nom de moxibustion :

*« Les maladies non guéries par les aiguilles le seront par des moxas ».*

## La moxibustion en acupuncture

La moxibustion est réalisée par des moxas, petit cônes d'armoise (*Artemisia officinalis*) de la taille d'un haricot, qui sont posés sur les points d'acupuncture. Actuellement, ces cônes d'armoise sont remplacés par des rouleaux de la taille d'un cigare. Une fois enflammée, la poudre d'armoise séchée brûle lentement.

---

1. Lettre du 27 janvier 2006, réf. EC/MCR/06.

Selon le Lingh shu, l'effet thermique de l'armoise incandescente permet d'extraire le Yang du Yin, d'apporter localement du Yang<sup>2</sup>. En fait, la moxibustion tonifie le Yin et le Yang.

La moxibustion a un effet plus doux que les aiguilles ; les fumées et l'odeur persistante de ce soin traditionnel peuvent générer une forte gêne pour le patient et son thérapeute.

## La stimulation par la chaleur

Il est possible d'utiliser un appareil de qualité, comportant un émetteur infrarouge dont le spectre est proche de celui émis par un rouleau d'armoise incandescent. Ce rayonnement transmet la chaleur par radiation, directement en profondeur. Bien utilisé, il permet de chauffer sans brûler.

L'application ponctuelle de chaleur a plusieurs effets possibles :

- une action locale de vasodilatation et d'extravasation. Appliquée un certain temps, la chaleur permettra de normaliser une zone ponctuelle qui serait spasmée, en vasoconstriction, orthosympathique. En revanche, si elle est appliquée brièvement, son effet pourra être inverse ;
- une action par contre-stimulation des mécanorécepteurs cutanés à bas seuil (récepteurs thermiques) dont le signal est véhiculé par la voie lemniscale aux dépens de voies lentes extralemnicales qui véhiculent les signaux des récepteurs polymodaux, ce qui modifie ainsi rapidement la perception de la douleur ;
- une stimulation du système immunitaire, ce qui la rend fort intéressante dans les processus infectieux évolutifs. Notre expérience nous conduit d'ailleurs à ne pas recommander la pose d'aiguilles auriculaires aux points correspondant aux organes atteints, lors d'une infection évolutive ;
- une action recommandée en cas de fatigue, d'épuisement et chez les personnes âgées.

L'application locale de chaleur sur les points d'oreille est pratiquée de manière empirique. Sa réévaluation en auriculothérapie devra conduire à une codification des indications, de la durée et de la fréquence de ce type de soins.

---

2. Borsarello JF (2005) Traité d'acupuncture. Masson, Issy-les-Moulineaux, p. 297-303.

## **HUITIÈME PARTIE**

### **CAS CLINIQUES ET SITUATIONS PATHOLOGIQUES**

Notre précédent ouvrage consacrait cinq chapitres sur ces thèmes (la douleur et l'analgésie, les syndromes douloureux posturaux, des cas cliniques divers, programmes de soins dans la douleur aiguë, programmes de soins dans la douleur chronique)<sup>1</sup>.

Ce chapitre est une reprise de cas cliniques regroupés en d'autres thèmes. Pour terminer, nous sommes heureux de proposer une approche en situation extrême : les soins ultimes que l'on peut apporter aux personnes en fin de vie.

Dans ces circonstances très particulières que sont les derniers moments d'un être humain, lorsqu'aucun espoir ne peut plus être raisonnablement envisagé, il reste l'humanité de l'être humain. Même si l'aide peut sembler illusoire, elle doit pouvoir être proposée, même si la façon de proposer et l'attitude du médecin ont alors bien plus d'importance que les gestes techniques.

---

1. Rouxville Y, Méas Y, Bossy J (2007) Auriculothérapie, Acupuncture auriculaire. Springer-Verlag France, Paris, p. 214-81.



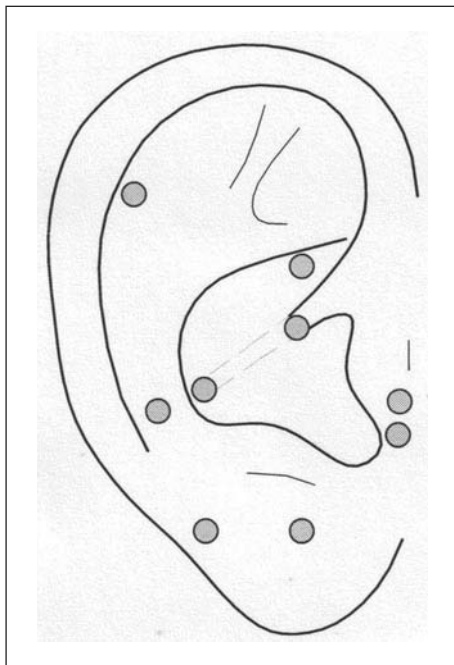
# L'auriculothérapie en obstétrique<sup>1</sup>

Y. Rouxeville

L'auriculothérapie peut être utile chez la femme enceinte. Les praticiens pourront l'utiliser pour traiter les nausées et vomissements, pour faciliter l'accouchement, et aussi pour limiter le décollement placentaire. La prudence nous conduit à éviter le traitement des zones auriculaires en relation avec l'équilibre hormonal.

## Nausées et vomissements du premier trimestre

Le point zéro (le point-maître du parasympathique) pourra être utilement complété par les points d'adaptation, principalement les points d'ACTH et de cortisol (fig. 1). Tous ces points seront traités soit à l'aiguille classique soit par les fréquences du laser. On pense que le traitement des points d'adaptation aidera la femme enceinte à mieux supporter le fœtus greffé en elle, à ne pas le considérer comme un corps étranger (1, 6).

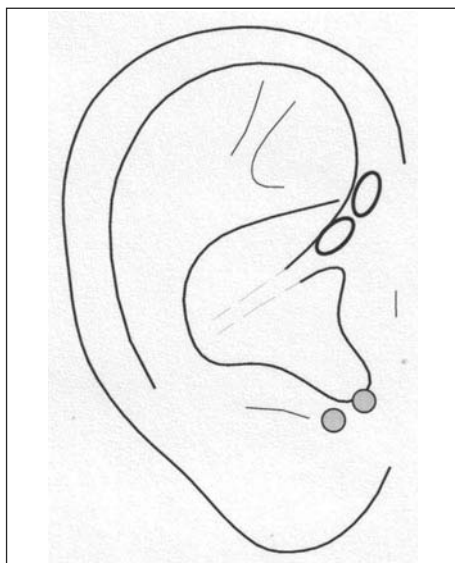


**Fig. 1** – Points conseillés dans les nausées et vomissements.

1. Rouxeville Y (2004) L'auriculothérapie en obstétrique. Congrès de la FAFORMEC à Strasbourg.

## Points déconseillés

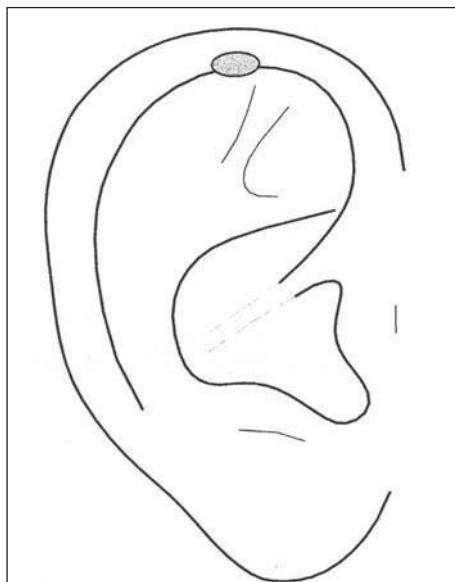
La piqûre du point-maitre génital et des zones en relation avec la grossesse (utérus, ovaire, hypophyse, sur les cartographies de Nogier) (fig. 2) a été déconseillée par Paul Nogier (3) puis par différents auteurs (4, 5). Le bon sens a présidé à ce conseil de prudence, pour éviter toute action intempestive pouvant surcharger ou épuiser une glande productrice d'hormones. Cette position relève du principe de précaution, car l'hypothèse de cette action n'a pas été démontrée.



**Fig. 2** – Zones déconseillées à la puncture chez la femme enceinte.

## Hémorragie placentaire

Paul Nogier a décrit en 1987 une zone située en partie supérieure de la fosse scaphoïde (fig. 3). Elle est très active dans certains cas d'hémorragies survenant lors du 2<sup>e</sup> mois de grossesse et reliées à un décollement placentaire. La détection se fera soit par détection électrique (recherche de points en augmentation d'impédance), soit par auriculomédecine (détection par le noir) (1). Le traitement des points de cette zone se fait par l'aiguille posée en apnée inspiratoire (suivie de saignement du point), à défaut par l'utilisation de fréquences (laser) (9). Rappelons que la pose d'une aiguille pendant plusieurs minutes (et surtout d'une aiguille semi-permanente) n'est pas indiquée sur ces zones ponctuelles en baisse de vitalité, dites « de fuite énergétique ».



**Fig. 3** – Zone active dans le décollement placentaire.

## Analyse de la vitalité de la grossesse

L'auriculomédecine est utilisée pour cette approche, bien que l'analyse des réactions du pouls (le RAC) soit entachée d'une certaine subjectivité (9).

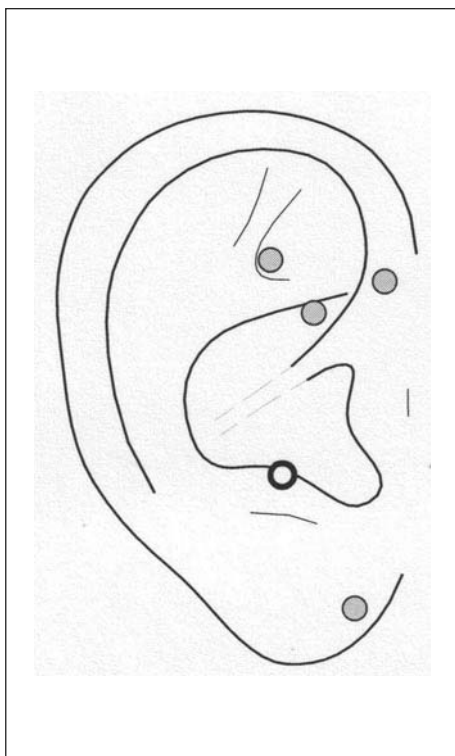
Paul Nogier a enseigné que la perception équivalente par le RAC des sept fréquences de base, au point d'utérus sur l'oreille correspondante, traduit un développement fœtal harmonieux (1, 6). Il a aussi décrit les réactions du RAC à la pose de deux produits biologiques sur l'hypogastre : le peptide kentsine pour apprécier « la vitalité du bébé », un extrait placentaire pour juger de « la vitalité de la nidation » (1, 6).

## Accompagnement du travail

Le Dr Khider, initié à l'auriculothérapie par Michel Eche, a exercé à l'hôpital civil de Saint-Avoid puis à Colombes. Il a publié au début des années 1980 plusieurs articles de grande qualité, avec enregistrement de la contraction utérine et des battements cardiaques fœtaux (7).

La piqûre transfixiante et bilatérale de la branche montante de l'hélix, au point utérus décrit par Paul Nogier, a une action prouvée sur les contractions utérines et le déclenchement du travail. On comprend ainsi que ce point très actif soit à éviter chez la multipare en dehors de la salle de travail. Khider a également signalé l'importance dans l'accouchement du point de hanche (proche du Shen Men), du point dit du thalamus, et aussi du point décrit à l'époque comme celui du plexus hypogastrique (fig. 4).

De façon unanime, pour Khider et les médecins ayant travaillé sur ses conseils, l'intérêt de l'auriculothérapie



**Fig. 4** – Points recommandés par Khider dans l'accompagnement du travail.

porte sur la réaction utérine instantanée à la stimulation de l'oreille, que ce soit à la puncture ou la manipulation des aiguilles. Cette réaction se manifeste par :

- une contraction clinique et à l'enregistrement ;
- la possibilité de déclenchement du travail ;
- l'absence de souffrance fœtale pendant le travail ;
- la délivrance placentaire spontanée dans les trois minutes et sans hémorragie.

De plus, Danjean-Massia rapporte que « *le périnée... a toujours magnifiquement tenu* ».

## Aide dans les cas de stérilité sans cause retrouvée

La réflexothérapie simple est utile pour certaines situations pathologiques courantes : c'est la pensée linéaire causale, « une cause entraîne une conséquence », tels points sont à traiter dans tel cas. En revanche, dans cette indication, l'auriculomédecine perfectionnée sera privilégiée, car de nombreuses causes, interdépendantes ou non, sont possibles. Notre corps est comparable à un ensemble que l'on peut nommer « biocybernétique ouvert » (8) dans lequel de nombreux paramètres sont à explorer. Dans cet ensemble, nous pouvons analyser divers sous-ensembles, tels les obstacles ou barrages (5) que peuvent être d'une part les séquelles infectieuses, les troubles immunitaires ou les troubles psychologiques, d'autre part les phases, les cicatrices ou les métaux en bouche, cette liste étant non limitative (9).

### Références

1. Nogier PFM (1987) Enseignement Supérieur d'Auriculomédecine. Polycopié remis au séminaire de Monaco, 18-21 mars 1987
2. Rouxville Y (2003) Auriculothérapie et lombalgies. De la recette traditionnelle à l'actuel éventail thérapeutique. Congrès de la FAFORMEC à Marseille
3. Nogier PFM (1977) Introduction pratique à l'auriculothérapie. Maisonneuve, réédité par Haug international, Bruxelles
4. Leclerc B (1994) Précis d'auriculothérapie. Leclerc, Nevers
5. Méas Y, Rouxville Y (2004) Ce qui marche, ce qui ne marche pas en auriculothérapie. Josette Lyon
6. Rouxville Y (1995) L'auriculothérapie pendant la grossesse. Les Cahiers de Biothérapie 134: 51-4
7. Khider (1981) Application de l'auriculothérapie en obstétrique. Auriculomédecine n° 23. Maisonneuve
8. Pischinger A (1994) Le système de la régulation de base. Haug International. Bruxelles
9. Rouxville Y (2000) Acupuncture auriculaire personnalisée. Sauramps médical, Montpellier

# Stratégie en auriculomédecine chez les allergiques

Y. Rouxeville

Ce texte est la synthèse de deux communications effectuées sur deux thèmes voisins<sup>1</sup>.

## Complexité de l'allergie et de la dermatite atopique

Ces maladies internes pluricausales s'expriment en un site particulier (les bronches, la muqueuse nasale, la peau). Les connaissances actuelles nous permettent de comprendre les influences réciproques, les interractions entre le système nerveux, le système immunitaire, la digestion et le système endocrinien.

## Réponse excessive à une agression

L'allergie et la dermatite atopique ne sont pas des maladies mais un état d'hyper-réactivité. Dans ces deux cas, la réponse du système immunitaire est excessive : le corps réagit trop fort à une agression banale, en sécrétant un excès de médiateurs de l'inflammation, spécifiques ou aspécifiques.

L'agent agresseur sera bien souvent un aliment ou un médicament. Comme dans tout état allergique, les relations antigènes et anticorps sont amplifiées, sur le devant de la scène. Mais elles ne représentent que la partie émergée de l'iceberg ; le reste étant ce qu'on nomme le terrain.

---

1. Rouxeville Y (2002) Stratégie en auriculomédecine chez les asthmatiques et les allergiques. Annales du GLEM, p. 61-5.

Rouxville Y (2007) Auriculo et atopie cutanée. Cahiers de Biothérapie n° 203, p. 54-7. Reproduit avec l'aimable autorisation des Annales du GLEM et des Cahiers de Biothérapie.

Les débordements immunologiques constatés dans l'atopie apparaissent souvent dès la première enfance, parfois au sein d'une même famille. L'alimentation de la première enfance a donc un impact essentiel, même si la participation génétique ne fait pas de doute. En effet, les gènes s'exprimeront essentiellement lors de circonstances favorables.

Nous sommes donc en présence de deux larrons (le système immunitaire et le système génétique) qui n'auront de cesse de dérégler l'équilibre du corps humain.

## **Zones à respecter, dites « terrain miné »**

Il serait maladroit de traiter ces diverses zones. L'auriculomédecine permet une approche plus subtile, car le RAC nous permet de les déceler sans perte de temps. Le détecteur électrique montre qu'ils ne sont pas détectables en baisse d'impédance.

### **Site où s'exprime l'allergie (bronche, derme)**

Une ASP sur le point de bronche d'un asthmatique non équilibré pourra être mal ressentie, voire déclencher une forte crise d'asthme, alors que l'aiguille simple posée en apnée inspiratoire pendant quelques secondes sur ce même point aura un effet bénéfique sans réaction défavorable.

### **Zones hyperréactives**

On évitera de traiter à l'aiguille les endroits du pourtour de l'oreille sur lesquels une simple pression avec les doigts déclenche un pouls bondissant. Cela peut déclencher des aggravations passagères mal ressenties.

### **« Points fixes » orange 21**

Ce sont les points dont l'éclairage ponctuel en couleur orange 21, à la fois en respiration automatique et en apnée inspiratoire, déclenche le RAC. Il est habituel d'en noter un sur chaque oreille, chez les malades allergiques chroniques ou atteints de maladies auto-immunes.

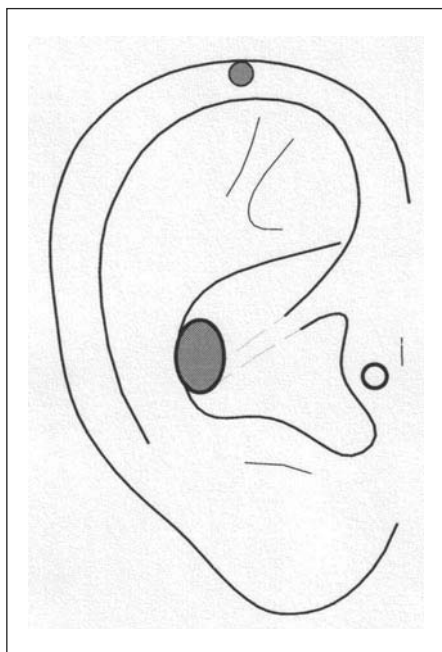
## Zones en baisse de vitalité

Ces points, dits de « fuite énergétique », sont détectés à l'approche du bâtonnet noir. On les traite par l'aiguille en apnée inspiratoire.

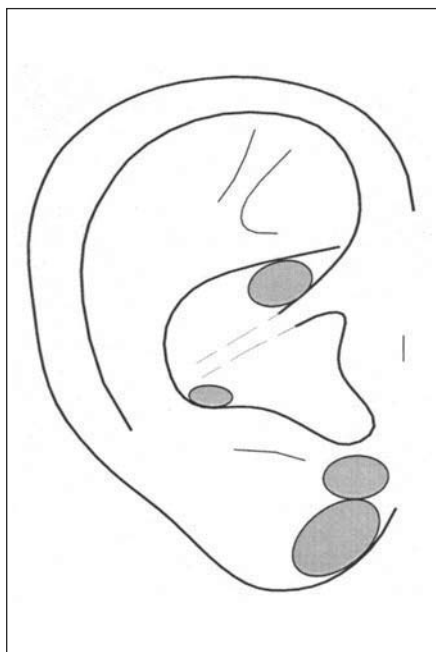
## Zones générales de l'oreille

On saura contrôler le point d'allergie (au sommet de l'oreille), le point-maitre de la peau (sous tragus), la zone du foie (fig. 1).

On saura contrôler la zone du thymus, la zone des intestins, la zone du système limbique et du cortex frontal (fig. 2). N'oublions pas que la flore intestinale a un rôle essentiel dans la mémoire, la reconnaissance et la modulation immunitaire !



**Fig. 1** – Les points essentiels.



**Fig. 2** – Les zones secondaires.

## Mesures de « l'état général »

### Épuisement du RAC

Raphaël Nogier a décrit ce qu'il nomme « le test d'effort du RAC ». L'éclairage de la peau du corps par une lumière déclenche un même nombre de RAC à chaque fois. Mais le nombre de RAC diminue après un certain nombre d'éclairages, dans les cas de fatigue chronique du système nerveux ou du système immunitaire.

### Notion générale de la sensibilité

L'hyperréactivité générale sera appréciée par le test d'approche du filtre tricolore (25/44/58) à l'oreille du côté de la latéralité.

### Stabilité des réactions du sujet examiné

Elle sera appréciée par l'approche successive du filtre tricolore (25/44/58) à l'oreille du côté de la latéralité. La stabilité est le principe normal, mais pas les oscillations.

## Recherche des anomalies

Qu'il s'agisse de causes réelles ou de témoignage, le fait de les connaître, et si possible de les neutraliser, est une aide essentielle apportée à l'allergique.

### Recherche des intolérances alimentaires

On ne compte plus le nombre de gens soulagés (à défaut de guérison) par l'éviction d'un faux ami consommé quotidiennement, le lait de vache, une céréale, etc. La prise du RAC permet de tester les aliments, ainsi que des médicaments qui peuvent être des toxiques méconnus.

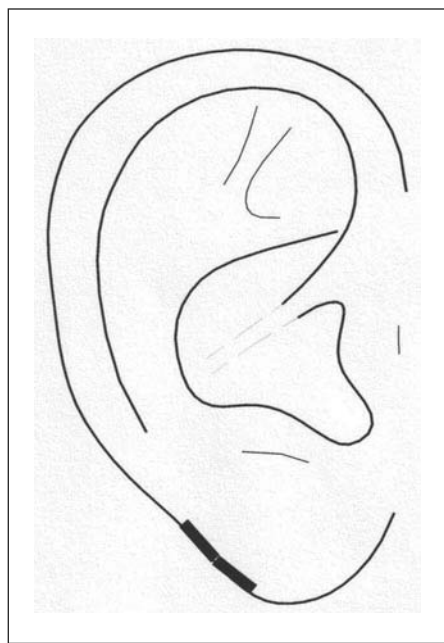


## Foyers dentaires

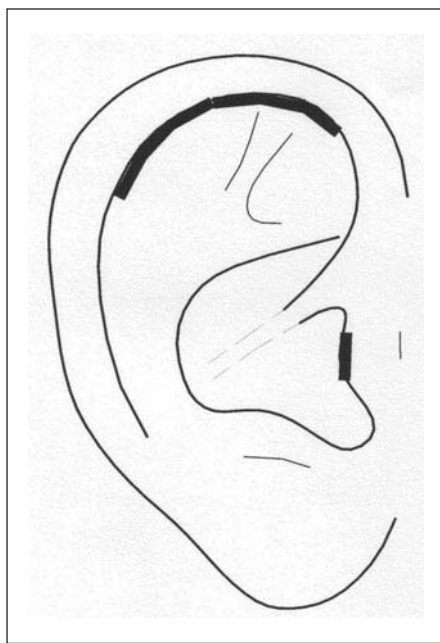
Les « foyers » sont une pathologie, visible ou non, qui crée une autre pathologie à distance. L'origine du foyer dentaire peut être une infection focale, une inflammation, un effet de pile électrique, la toxicité mercurielle, une réaction immunitaire à des métaux. Quand l'appui du doigt sur une racine dentaire déclenche de nombreux RAC (surtout des RAC négatifs), nous conseillerons au dentiste de s'intéresser particulièrement à cette dent.

## Recherche des cicatrices toxiques

Les cicatrices peuvent perturber le système immunitaire et la circulation de l'influx nerveux. Les cicatrices de la face, de la bouche et médianes antérieures abdominales sont reconnues comme les plus réactogènes. L'appui du doigt sur une cicatrice anormale déclenche des RAC négatifs. Les cicatrices sont représentées au pavillon de l'oreille, à la bordure du lobule, de l'hélix et du tragus.



**Fig. 3** – Zone des cicatrices dentaires.



**Fig. 4** - Zones des cicatrices abdominales.

## **Analyse des canaux sagittaux**

Il est habituel que des anomalies soient retrouvées que la ligne sagittale médiane antérieure, chez les malades allergiques.

## **Examen sous information**

Il est personnalisé, dynamique et évolutif en fonction des consultations.

### **Test du filtre barré**

La pose d'une simple ligne noire permet de rechercher la correspondance auriculaire ou une hypo- ou une hyperréactivité, élégamment traitée par une aiguille sur le point de bordure.

### **Un test est-il modifié sous information ?**

La pose sur le bras du malade d'un échantillon d'aliment ou de médicament reconnu toxique permet d'induire un point auriculaire spécifique.

## **Cas cliniques**

Olivier, 35 ans, consulte pour un eczéma du visage et de la nuque aggravé depuis cinq ans, avec un prurit résistant à tous les traitements classiques et alternatifs. Les séances d'auriculothérapie le soulagent de manière temporaire. La localisation de cet eczéma à l'extrémité céphalique oriente chez le dentiste. Depuis huit ans, la seule amélioration durable de son état est survenue après la dépose progressive des métaux en bouche.

Andrée, 53 ans, souffre depuis l'adolescence de dermatose atopique. Aucun traitement ne la soulage. L'auriculothérapie permet une amélioration passagère. Le RAC permet la découverte d'une intolérance au lait. Seule l'éviction de cet aliment lui permet une vie normale.

## **En résumé**

Une pathologie peut être abordée sous différents angles. Plusieurs tests peuvent être perturbés chez un même malade. L'auriculomédecine permet une approche subtile de la maladie du malade.

# L'auriculomédecine dans les états dépressifs

Y. Rouxeville

Ce texte est la synthèse de deux articles écrits à dix ans d'intervalle<sup>1</sup>.

La proximité entre le pavillon de l'oreille et le cerveau explique une action privilégiée de l'auriculothérapie dans tous les troubles liés à un dysfonctionnement cérébral. Raphaël Nogier a bien écrit que « le pavillon de l'oreille est une carte d'accès vers les centres supérieurs ».

## La dépression, phénomène complexe

La dépression est souvent un phénomène complexe, une maladie plurifactorielle.

La vulnérabilité de la personne, le doute excessif et les antécédents affectifs doivent être appréciés individuellement. L'influence hormonale est bien connue : relation entre les états dépressifs et une dysthyroïdie, variations de la thymie à la puberté, avant les règles, ou lors de la ménopause.

L'expérience indique que les meilleurs résultats sont obtenus si l'on associe plusieurs types de traitement (Auriculo., psychothérapie, photothérapie rythmée, médicaments si besoin, etc.). Plus que pour toute situation pathologique, il convient d'être loyal envers le malade qui souffre, de le respecter, d'avoir sa confiance pour l'aider au mieux.

## L'état dépressif, un mal de la non-communication

L'étude des transferts d'information (les transferts à la LEP) permettra la découverte des zones isolées. Cette recherche peut se faire sur le front et sur le pavillon auriculaire.

---

1. Rouxeville Y (1999) Acupuncture auriculaire et états dépressifs. Cahiers de Biothérapie n° 159, p. 59-62.

Rouxeville Y (2009) Auriculothérapie et dépression. Cahiers de Biothérapie, n° 215, p. 62-3. Reproduit avec l'aimable autorisation des Cahiers de Biothérapie.

## **La dépression masquée**

Elle peut être débusquée par l'utilisation des sept filtres du Programme Couleurs. Ce test permet de rechercher l'information qui apparaît en état de difficulté supplémentaire, la fragilité individuelle ou la sensibilité émotionnelle. C'est une approche de la personne réelle, et non du personnage qui s'extériorise, de l'arbre qui cache la forêt.

## **La désadaptation au stress**

Henri Laborit a décrit les trois états comportementaux qu'un mammifère peut opposer à une agression. La lutte et la fuite ont un effet négatif limité. En revanche, l'inhibition de l'action est bien plus toxique et pathogène.

Les points d'adaptation décrits par Paul Nogier seront toujours d'une fidélité appréciée.

## **La réactivité d'un hémisphère cérébral**

C'est une notion capitale dans l'analyse des états dépressifs. Si le cerveau est réactif, il pourra traiter l'information. Si le cerveau est passif, il ne le pourra pas. La recherche s'en fait par l'analyse des fréquences par le test dit de la réaction centrale.

## **Les perturbations importantes d'un hémisphère cérébral**

Elles peuvent être analysées grâce par l'analyse des fréquences par le test dit de la bande passante.

## **Apprécier l'état neurovégétatif**

La pose d'une ampoule d'adrénaline ou d'acétylcholine sur la peau déclenche des RAC dont l'analyse permettra d'évoquer une sympathotonie, une parasympathicotonie, une hyposympathicotonie, ou une hypoparasympathicotonie.

## **Les points témoins d'une mauvaise gestion cérébrale**

Ils semblent reliés aux graves difficultés des centres supérieurs pour analyser, décoder et traiter les diverses situations de la vie. Leur mise en évidence est faite en utilisant la fréquence de battement.

## **Les points psychiques**

Paul Nogier nous a enseigné qu'en mettant un malade en une situation psychologique appropriée, on pouvait détecter le point d'oreille relatif à cette situation psychologique. Il nous a ainsi enseigné le point d'agressivité, le point de peur, le point de chagrin, etc.

## **Nos traitements spécifiques**

### **Les aiguilles**

On estime que la stimulation des points d'oreille permet de favoriser une sécrétion de neuromédiateurs dans les organes de correspondance. Afin d'avoir une action de stimulation plus marquée, les aiguilles appliquées sur les points les plus importants seront des ASP, posées pour une durée de quelques jours à quelques semaines.

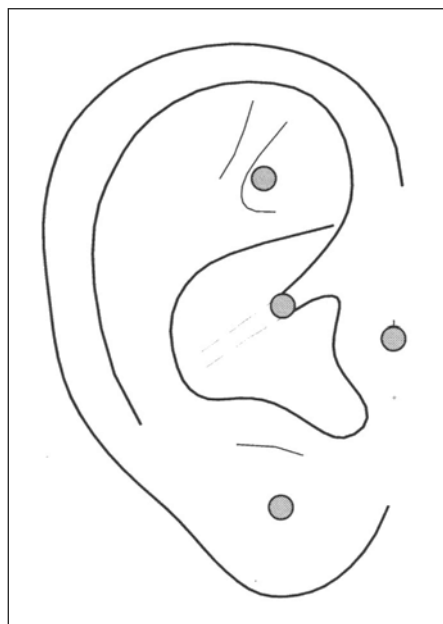
### **Les sites auriculaires à privilégier**

Les points zéro, zéro prime, maître sensoriel et Shen Men (à droite et/ou à gauche) aident en procurant souvent un effet intéressant de relaxation (fig. 1).

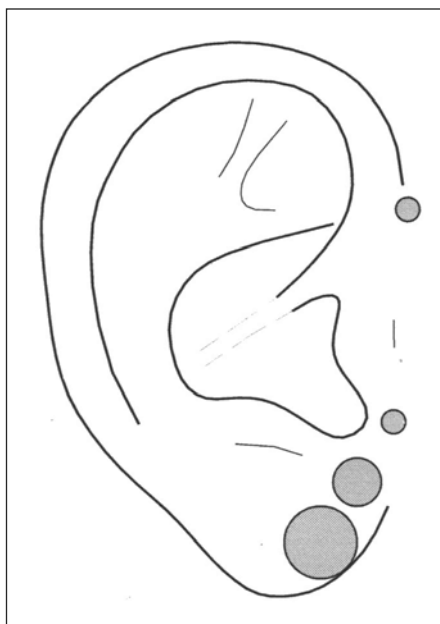
Le point épiphyse 1, le point de la réactivité, les zones du système limbique, des cortex préfrontal et frontal sont essentiels (fig. 2).

### **Les champs magnétiques**

Les champs électromagnétiques du Thérāmagnétic harmonisent l'état neurovégétatif. Les champs polarisés ont plus une action tonifiante, dynamisante.



**Fig. 1** – Points-maitres utiles dans la relaxation.



**Fig. 2** – Zones importantes à traiter dans l'état dépressif.

## La photothérapie fréquentielle

Elle est mieux connue depuis les travaux du Dr Goris, psychiatre allemand<sup>2</sup>. Dans la dépression, ce type de soins consiste à projeter, sur un mode pulsé et fréquentiel, sur la peau du malade la couleur magenta 30 et/ou la couleur violet 98 de Wratten Kodak. Les malades ainsi traités retrouvent un certain degré du dynamisme perdu, une « mise en charge des batteries ».

2. Goris J (2006) Paradigm change in etiology and therapy of psychological perturbences and diseases. Symposium international d'auriculothérapie et d'auriculomédecine de Lyon.

# Cas cliniques

## Cas clinique 1

Malade âgée de 32 ans, présentant depuis un mois un état d'angoisse avec tristesse. Aiguilles sur le PMS droit, le point zéro prime droit et le point zéro gauche, ainsi que les points ACTH du pavillon à droite et du lobule à gauche. Homéopathie en complément. Amélioration en deux jours. Renouvellement un mois après.

## Cas clinique 2

Un cadre âgé de 38 ans, surmené pour raisons professionnelles, présente une anxiété et un état de fatigue importants depuis deux mois. La séquence des îlots noirs, traités l'un après l'autre en apnée inspiratoire, est suivie d'aiguilles sur les deux points zéro et sur les deux points zéro prime. On ordonne un complément homéopathique. Un mieux-être général est perçu en trois jours, particulièrement net au bout d'une semaine. Revu un mois après, cet homme actif est beaucoup plus tonique et détendu !

## Cas clinique 3

Chez un retraité âgé de 85 ans se plaignant de l'épigastre, l'examen du pavillon auriculaire renseigne sur un point duodénal. L'analyse de ce point à l'aide des fréquences conduit à un point causal sur la ligne des sons du lobule gauche. M'étonnant de ce fait auprès de mon client, je lui demande s'il n'a pas de soucis de famille. Il éclate en sanglots en me faisant part de deux soucis qui l'ont fort affecté depuis quelques années, l'un au plan conjugal, et l'autre relatif à son fils dont il est séparé. Mais jamais il n'en parlait à quiconque. Traitement auriculaire et aide par homéopathie. Le mois suivant, il m'a fait transmettre par sa petite-fille que la séance lui avait fait le plus grand bien, et que ses troubles du sommeil (dont il ne m'avait pas fait part) s'étaient amendés.



## Cas clinique 4

M. J.L.F. (63 ans) consulte en mai 2003. Depuis cinq ans, il est traité pour une hypertension artérielle. Il ne se sent pas bien, est triste, avec la cohorte des symptômes retrouvés dans les dépressions larvées. Au plan biologique, il présente une hypokaliémie à 3,3 mEq/L.

Au cours des consultations ultérieures, il fait part de traumatisme psychique de guerre : les exactions commises par le FLN sur les Français il y a 45 ans hantent cet ancien engagé, confronté à la torture, sans la pratiquer.

Les séances d'Auriculo. et l'homéopathie ont permis une amélioration progressive de l'anxiété, de la fatigue, de la kaliémie et de l'appétit. En un an, il a retrouvé un sommeil normal et peut réaliser ses activités de loisirs et de bricolage.

Actuellement, il est revu tous les deux mois. Son traitement est largement allégé. La biologie montre des constantes normalisées, dont le cholestérol total et la kaliémie. Il est redevenu un alerte sexagénaire !

## Cas clinique 5

M.T. Le G, 60 ans, consulte pour un état dépressif apparu il y a six mois, lors du décès de son mari. Aiguilles en apnée sur la zone du système limbique à l'oreille droite (détection par le noir et la couleur 44). Aiguilles semi-permanentes sur les points épiphyse à droite, cortex préfrontal à gauche, point de la réactivité à droite, point de deuil à gauche. On effectue dix minutes de photothérapie fréquentielle sur le thorax (couleur 30 en balayage fréquentiel).

Revue deux semaines après, elle signale moins de lassitude et un meilleur sommeil. Elle est plus enjouée.

# L'Auriculo. dans les fibromyalgies<sup>1</sup>

(extraits)

Y. Rouxeville

L'algologue toulousain Jean Vibes écrit : « on tend à considérer la fibromyalgie comme la conséquence d'une douleur locale chronique qui, par le biais d'une hyperstimulation du système nerveux aboutit à une maladie générale, parce que se développant chez un patient dont les circuits modulateurs sont insuffisants »<sup>2</sup>.

La fibromyalgie, exemple type de la pathologie douloureuse chronique, conduit les algologues à une approche pragmatique, dans un cadre multidisciplinaire. Ils insistent sur la prise en charge non médicamenteuse en précisant que toutes ces techniques sont efficaces de manière inconstante.

## Action globale ou symptomatique ?

Les traits essentiels de la fibromyalgie sont la fatigue : fatigue musculaire (liée à l'effort physique), mentale (sur les cognitions), psychique (à prédominance matinale), associée à des douleurs survenant dès le réveil ainsi qu'à des troubles du sommeil (non réparateur). Trois fois sur quatre, elle répond aux critères du syndrome de fatigue chronique.

## Calmer les douleurs

L'approche classique utilisée pour le traitement de la douleur locale dans les douleurs par nociception (pose d'ASP sur le point d'organe, etc.) est décevante.

---

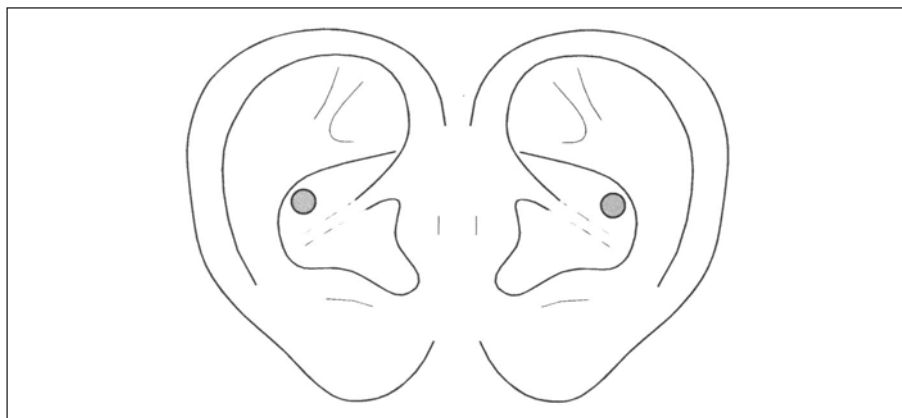
1. Rouxeville Y (2008) Auriculopuncture et fibromyalgies. Cahiers de Biothérapie, n° 213, p. 48-50.

Rouxeville Y (2008) Auriculothérapie et fibromyalgies. Annales du GLEM, p. 106-9. Reproduit avec l'aimable autorisation des Cahiers de Biothérapie et des Annales du GLEM.

2. Vibres J (2001) Guide de la douleur. Éditions Estem, Paris, p. 491-503.

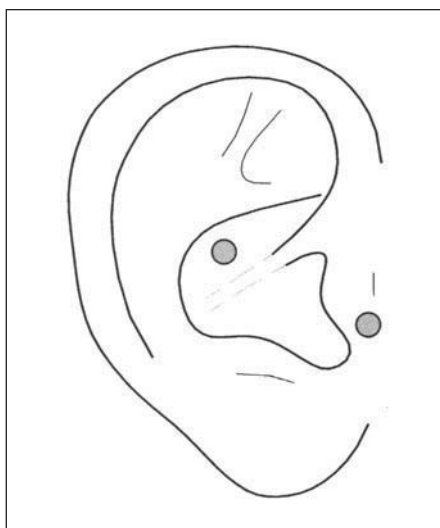
Le point détecté est une conséquence, une expression de la pathologie. Sa correction fait intervenir les circuits du malade, à son insu. Le traitement doit donc intégrer la réactivité du malade. Chez les malades atteints de fibromyalgie, on renforcera les circuits modulateurs de la douleur (trop sollicités) plutôt que de les neutraliser. Pour traiter ces points, nous préférons les fréquences (infrarouges ou laser), dont l'effet doux et progressif est mieux ressenti que les aiguilles. Trois possibilités s'offrent alors :

- seule la fréquence de cette zone est détectée (par exemple la fréquence B dans la conque droite) : on traitera ce point par la fréquence B, puis on analysera le même point à la conque gauche (fig. 1) ;



**Fig. 1** – Fréquence B dans la conque droite (traitement par B, puis contrôle du point symétrique à l'oreille gauche).

- les sept fréquences sont retrouvées sur ce point. Ou bien l'on traitera ce point par ces sept fréquences (l'une après l'autre), ou bien on y posera une aiguille ;
- l'examen montre une réaction d'une fréquence étrangère à la zone (par exemple la fréquence D dans la conque) : on traitera par cette fréquence D (parasite) d'abord le point de la conque (conséquence), puis le point du tragus (causal) (fig. 2).



**Fig. 2** – Fréquence D dans la conque droite (traitement du point par D, puis traitement du point du tragus par D).

## Fatigue

Dans la fatigue spontanée, l'approche du bâtonnet noir qui va déclencher le RAC sur les zones faibles. Pour traiter ces zones, on préférera la projection de fréquences (laser ou infrarouge) aux classiques aiguilles en apnée. Leur effet bénéfique sera ressenti en quelques jours.

Il convient de rechercher la manifestation de la fatigue à l'effort par le test dit de l'épuisement du RAC, décrit par Raphaël Nogier ; le point causal pourra être traité par une ASP.

## Affection plutôt féminine

Le syndrome de fibromyalgie primitive est « surtout observé chez des femmes tendues, déprimées, anxieuses et hyperactives »<sup>3</sup>. L'abaissement du seuil de perception de la douleur semble souvent lié à un possible dysfonctionnement neuro-hormonal. On saura examiner et analyser les régions auriculaires décrites comme le support des glandes endocrines.

## Aggravation par les contraintes

Les points auriculaires correspondant à cette mise en tension sont détectés à la pose du filtre étoile (« programme couleurs », dit PC) sur le bras du sujet.

## Cas clinique

Brigitte L., 38 ans, présente des douleurs prédominant en « portemanteau » (la nuque, le haut du dos et les épaules), ressent une fatigue surtout matinale et une morosité. Elle réagit de façon négative à la plupart des traitements les mieux indiqués. Une récente aggravation a justifié un arrêt de travail instauré il y a trois mois.

---

3. Manuel Merck de diagnostic et de thérapeutique, 3<sup>e</sup> édition française (2000). Éditions d'Après, Paris, p. 478-9.

On traite par fréquences lasers les points d'oreille détectés à l'aide du bâtonnet noir, puis de l'anthélix et du mur de la conque (régions cervicale et thoracique). Cinq points sont détectés par l'éclairage à la couleur rouge 24 de Wratten Kodak : à l'oreille droite, hypophyse, épiphyse et système limbique ; lobe frontal et hypothalamus à l'oreille gauche. On pose une aiguille simple sur chaque point, pendant trois minutes.

Dans la semaine, la malade ressent un soulagement progressif de la fatigue puis des douleurs. Cette première approche est le début d'une série de soins menant à une vie meilleure et plus confortable.

## **Trois ans après avoir écrit ce texte**

Je confirme la difficulté pour traiter ces malades, par Auriculo. comme par toute autre thérapeutique. Réellement, les aiguilles ne sont pas leur traitement de choix. En revanche, nous disposons de deux nouvelles possibilités parfaitement adaptées : d'une part le traitement électrique des points par les fréquences de Nogier en balayage, d'autre part le traitement des points d'oreille par la chaleur.

# L'acupuncture dans les neuropathies

(extraits)

Y. Rouxeville

Exceptionnellement, il s'agit d'extraits d'articles parus dans des revues grand public<sup>1</sup>.

## Indications reconnues de l'acupuncture

L'acupuncture est une thérapeutique reconnue au plus haut niveau : les études et les travaux montrant son efficacité ont été acceptés par l'ANAES, organisme officiel indépendant des laboratoires pharmaceutiques comme des influences hospitalières et universitaires. L'ANAES, devenue HAS (la Haute autorité de Santé) a évalué favorablement l'effet de l'acupuncture en deux temps : d'abord dans la douleur (sous toutes ses formes), les troubles fonctionnels digestifs et les addictions (en particulier le tabagisme), ensuite dans le syndrome anxio-dépressif, les manifestations allergiques, l'énurésie et l'aide à la rééducation motrice. Parmi ces indications, nous retrouvons une grande partie de plaintes émises par les porteurs de neuropathies, dont la maladie de Charcot Marie Tooth (CMT).

L'acupuncture n'est pas indiquée pour traiter les maladies organiques ou chirurgicales, les infections et les maladies cancéreuses. Elle peut, en revanche, soulager les troubles fonctionnels et les douleurs causés par toutes les maladies. Chez les malades atteints de CMT, cela correspondra avant tout aux crampes, aux paresthésies, aux troubles de coordination motrice et à la fatigue. Mais aussi, comme pour tout autre malade, aux douleurs de type rhumatismal ou névralgique, aux angoisses et aux troubles du sommeil, ainsi qu'aux troubles digestifs ou urinaires sans cause reconnue.

---

1. Forficule S (2009) L'acupuncture dans les neuropathies. Revue CMT Mag, Lempdes, n° 77, p. 14-6. Reproduit avec l'aimable autorisation de la revue CMT Mag.

Forficule S (2010) L'auriculothérapie et l'acupuncture. Revue Santé Intégrative, n° 17, p. 38-9. Reproduit avec l'aimable autorisation de la revue Santé Intégrative.

## Limites de l'aide possible

Si les symptômes de maladies complexes, comme la CMT, peuvent justifier de l'acupuncture et/ou auriculothérapie, l'état actuel de nos connaissances ne nous permet aucunement de prétendre pouvoir agir sur la maladie elle-même. Les malades aux formes avérées sont les premiers demandeurs. Parallèlement, c'est faire preuve d'humanité que d'aider les formes inapparentes ou les formes peu évoluées.

Dans certains cas, on peut espérer un jour limiter l'expression génétique, car la recherche explore les possibilités de pouvoir « endormir » le caractère toxique d'une prédisposition génétique. C'est ainsi que l'évolution inéluctable d'une maladie comme la CMT pourrait être freinée, et dans les meilleurs cas stabilisée quel qu'en soit le stade !

Ayant pour but de faire réagir le corps du malade dans un sens supposé favorable, l'acupuncture exige de la précision. Elle ne dispense pas des règles hygiéno-diététiques classiques ayant pour but d'améliorer l'oxygénation du sang ou l'élimination des déchets. De même, on ne sait toujours pas pourquoi son efficacité varie selon les patients et les maladies. Si la confiance du soignant et du soigné est une donnée connue pour favoriser les résultats, ce facteur n'est pas prioritaire.

Les malades souffrant de CMT, maladie qui évolue sur des dizaines d'années, présentent tout comme les autres malades chroniques, des symptômes occasionnels liés ou non à la maladie. C'est ainsi que toute agression (surtout le stress, mais aussi les infections, les écarts de régime ou les traumatismes) affaiblira momentanément les défenses du corps en facilitant l'apparition de symptômes difficiles à vivre mais non liés à la maladie.

# Auriculothérapie et orifices de la tête

Y. Rouxville

Deux publications, demandées ou acceptées sur ce thème, sont la matrice de ce texte<sup>1,2</sup>.

## Importance de l'oreille

C'est un poste de guet, placé en dérivation du tronc cérébral, sur le chemin reliant les organes et le cerveau, et très proche des organes sensoriels céphaliques. Il permet ainsi un juste contrôle et une intervention efficace.

Sinusites, rhinites, otalgies et douleurs dentaires sont connues pour répondre favorablement à l'acupuncture. Il n'y a pas d'explication médicale justifiant d'opposer l'acupuncture auriculaire et l'acupuncture somatique. Les deux méthodes s'épaulent et se complètent ; je n'hésite pas à utiliser ces deux disciplines, tel un marin qui manœvrera le gouvernail de sa vedette directement, ou bien à distance depuis la passerelle.

## Points et zones auriculaires privilégiés

### Zones correspondant aux cavités de la face (figs. 1 et 2)

- Pour l'oreille : le point dit du VIII (crête postérieure du tragus) et le sillon sous-antitragal (dit la ligne des sons).
- Pour l'oreille interne, la région sous-tragale (à ne pas traiter par l'aiguille).
- Pour l'œil : le point dit de l'œil (dans le lobule).

---

1. Rouxville Y (2007) Auriculothérapie et orifices de la tête. Congrès de la FAFORMEC à Paris.  
Rouxville Y (2008) Auriculothérapie et orifices de la tête. *Acupuncture & Moxibustion* 7(2) : 142-6. Reproduit avec l'aimable autorisation de la revue *Acupuncture & Moxibustion*, des *Annales du GLEM* et des *Cahiers de Biothérapie*.

Rouxville Y (2008) Auriculothérapie et orifices de la tête. *Annales du GLEM*, p. 54-60.

2. Rouxville Y (2006) Auriculothérapie en ORL. *Cahiers de Biothérapie*, n° 210, p. 52-6.





**Fig. 1** – Points de l'œil, des sinus frontaux et des sinus maxillaires.



**Fig. 2** – Zone de l'oreille interne, ligne des sons, points du Nerf Auditif, point de la gorge.

- Pour le nez : les zones dites du nez (partie antéro-inférieure du lobule pour le nez et les sinus frontaux, point maxillo-dentaire pour les sinus maxillaires).
- Pour la bouche : la zone dite de la gorge (au-dessus du conduit auditif externe).

## **Bord postérieur du lobule**

Zone linéaire décrite par Nogier comme correspondant au Nerf Trijumeau.

## **Mur de la conque**

En regard de l'antitragus, il représente le Sympathique et le Para Sympathique crâniens, selon le Pr Jean Bossy.

## **Point-maître sensoriel**

Situé en plein centre du lobule, il est compris comme correspondant à la zone associative des organes des sens céphaliques.

En cas d'inflammation douloureuse, on détectera ces points par la pression douloureuse.

## **Points dits de phases**

Les points de phases 2 et 3 ne seront recherchés que dans les cas rebelles, chroniques ou complexes, en seconde intention.

## **Cas cliniques**

Nous avons choisi de présenter une première série de cas anecdotiques, à défaut de séries randomisées. Un cas d'inflammation ou de pathologie aiguë pour chacun des quatre orifices (l'oreille, l'œil, le nez, la bouche) ; un cas relié à chaque organe sensoriel correspondant (l'audition, la vue, l'odorat, la voix).

Nous avons décidé de montrer l'association possible de soins sur le pavillon auriculaire (généralement des aiguilles et/ou des fréquences), lesquels peuvent être complétés par des soins locaux (points d'acupuncture classique et/ou *loco dolenti*, traités à l'aiguille et/ou par les fréquences).

## Cas d'otalgie par zona avec céphalées

Un collègue acupuncteur hospitalier me téléphone le 17 février 2003 au sujet d'une femme adulte souffrant depuis six semaines de maux d'oreille droite et maux de tête intolérables, à la suite d'un zona auriculaire. Le bilan hospitalier est normal (ponction lombaire, etc.). Voici le texte de ma réponse, adressée par fax :

*« Conseils d'urgence pour une personne souffrant de zona de l'oreille droite avec cervicalgies et douleurs pulsatiles :*

- Palper les oreilles pour rechercher les zones douloureuses principalement dans les endroits indiqués de préférence à l'oreille droite, mais aussi à gauche (schéma).*
- Piquer ces points avec une aiguille rigide (de préférence 40/100 mm de diamètre) pendant trois secondes maximum. En cas de saignement, c'est mieux. On piquera avec bonheur le point zéro (point-maitre du parasymphatique) à droite et à gauche.*
- L'effet peut se manifester dans les 24 heures. Au besoin recommencer demain avec les points douloureux détectés, qui ne seront pas obligatoirement les mêmes que ce jour.*
- Me téléphoner en cas de besoin supplémentaire, de préférence avec fax explicatif préalable. »*

Le confrère téléphone le lendemain après-midi, pour manifester sa satisfaction : *« Dis donc, l'auriculo., cela marche ! Elle est soulagée de moitié ! »*. Ultérieurement, elle m'a rapporté que cette nouvelle séance aurait permis une sédation totale en quelques jours.

Cette observation a été retenue pour montrer que l'on doit privilégier la précision du point. De plus, le traitement à l'aiguille pendant trois secondes n'est jamais mal senti !

## Cas de conjonctivite aiguë

Une mère de famille se présente avec une conjonctivite virale fort gênante et persistant depuis trois jours malgré les collyres. Six aiguilles sont posées : point de l'œil à droite et à gauche, point-maitre sensoriel à gauche, points du trijumeau à droite et à gauche, mur antitragal à droite. Pendant deux minutes pour chaque œil, on applique les fréquences A (infrarouge) sur les paupières. Un

soulagement est ressenti en 15 minutes : il est total en 24 heures. Un traitement homéopathique, conseillé en complément, sera débuté alors, à titre de prévention des récidives.

## Cas de sinusite frontale aiguë

Un fumeur impénitent consulte pour une sinusite frontale aiguë. L'examen auriculaire découvre quatre points. Cinq aiguilles sont posées : une sur chaque point de l'olfaction, une sur chaque point du trijumeau et une sur le point d'acupuncture intersourcilier Inn Trang. On applique une minute de fréquences A (infrarouge) sur chaque aiguille. Il sera soulagé dans la demi-heure et pourra pratiquer ses loisirs de plongée sous-marine le lendemain.

Cette observation a été retenue en raison de la stimulation multiple des points : à la fois par l'aiguille et par les fréquences. Cela crée une synergie particulièrement efficace.

## Cas d'aphtes

Un homme adulte, grand amateur de fromages, consulte pour des aphtes apparus après une consommation conséquente de certain « Bleu ». Depuis trois jours, il présente cinq aphtes (trois petits d'environ 3 mm de diamètre, deux autres d'environ 6 mm de diamètre) qui ont eu raison de son appétit !

Les points Trijumeau (droite et gauche), Maître sensoriel à droite, Thalamus à gauche, Darwin à droite, mur antitragal et zéro prime droit sont traités à l'aiguille. On ajoute un traitement local par fréquence (laser) A-30 : trente secondes sur les petits aphtes, soixante secondes sur chacun des plus gros.

Au bout de 15 minutes, le malade ressent une agréable fraîcheur dans la bouche. Dès le soir, l'amélioration est manifeste. Une nouvelle séance, pratiquée à J3, permet à notre gastronome de satisfaire son plaisir. Depuis, il évite cette sorte de fromage.

## Cas d'acouphènes récents

Une femme âgée de 45 ans vit un conflit émotionnel qu'elle qualifie « d'injuste ». Outre une tension des muscles du cou et des trapèzes, elle ressent des acouphènes bilatéraux sur un mode plutôt aigu, sans battements, depuis deux semaines. À ceci, s'ajoute une sensation d'instabilité ainsi qu'une amélioration nocturne. L'ORL n'ayant pas noté d'anomalies, a choisi de différer les examens complémentaires. Son traitement est inopérant.

Huit aiguilles sont posées sur les points contrôlés au détecteur électrique différentiel. Ce sont : crête du tragus à gauche, ligne des sons à droite, point d'agressivité à droite, rachis cervical à droite et à gauche, muscles cervicaux à droite et à gauche, masséters à gauche.

Une amélioration progressive, estimée aux deux tiers, est notée dans les trois jours. Ce traitement est recommencé au dixième jour, puis à nouveau trois semaines après cette seconde séance. La malade parle de guérison clinique !

Ces troubles étant complexes, la réponse thérapeutique doit être précise et complète !

## **Cas de dégénérescence maculaire sénile**

Un octogénaire, coronarien et hypertendu, a bénéficié de soins par Auriculothérapie pour ses rachialgies. Il souffrait d'une cécité progressive et quasi complète, pour laquelle les ophtalmologistes (y compris son neveu, professeur d'ophtalmologie dans une Faculté de Médecine de l'Ouest de la France) avouaient leur incapacité et leurs regrets.

Cédant à la demande réitérée de ce sympathique ingénieur, j'ai accepté de tenter quelques séances d'auriculothérapie, par octroi compassionnel : c'est-à-dire pour ne pas refuser une aide, sans espoir réel, « pour voir » comme on l'annonce au poker !

Deux séances ont été pratiquées, à deux semaines d'intervalle. Lorsqu'il revient, il est réjoui et le fait savoir. La vision périphérique s'est éclaircie. Sur un plan pratique, sa vie sociale s'est profondément modifiée. La cuiller tombe enfin dans l'assiette ! Il ne se cogne plus aux volets lorsqu'il lui faut les ouvrir ou les fermer ! Notant la différence entre l'allée blanche et la pelouse verte, il peut à nouveau se rendre à la boîte aux lettres pour y relever le courrier sans se retrouver dans les massifs de rhododendrons !

Le contrôle de l'acuité visuelle a montré des mesures inchangées. S'il fallait résumer, on pourrait dire « Aucun changement pour le médecin, mais un grand pas pour le malade » !

Quelles particularités remarquables pourrait-on retenir dans le traitement effectué ? Les localisations les plus importantes : outre le point de l'œil, les points de phase 3 à droite, de phase 2 à gauche, les points du mur en regard de l'anti-tragus, les points de synthèse sur le tragus. Et aussi le traitement local : devant chaque œil deux minutes de traitement par fréquences (infrarouge) selon les données du RAC.

## Cas de sinusite récidivante avec perte de l'odorat

Un homme de 54 ans consulte sur le conseil de son épouse. Il avait été traité ainsi il y a vingt ans avec un succès durable. Cet ancien plongeur-démineur dans la Marine Nationale est atteint d'une sinusite frontale chronique avec rhinite postérieure. Une perte de l'odorat et du goût l'affectent, malgré une amélioration passagère par les corticoïdes. Les antibiotiques sont fréquemment utilisés.

Six aiguilles sont posées à l'oreille (Trijumeau droit est piqué en apnée). Les localisations sont définies selon les données du RAC. Les fréquences (infrarouge) sont appliquées (à l'oreille et localement) selon les données du RAC. On pique également Inn Trang. Un traitement de terrain, par homéopathie et aromathérapie est prescrit sur deux mois.

Dans la journée suivant la pose des aiguilles, il a ressenti « un travail se faire dans le nez ». Un mieux significatif a été noté en une semaine. Il n'a pas eu de besoin d'antibiotiques pendant deux mois. L'odorat et le goût ont été récupérés pendant plus d'un mois !

L'intérêt de ce cas complexe réside dans le fait que les points traités ne sont pas des points classiques, mais des « points de régulation du terrain perturbé », détectés par le RAC.

## Cas de paralysie des cordes vocales

Un enseignant dans la trentaine consulte pour un enrouement évoluant depuis un mois, avec œdème des cordes vocales. Les corticoïdes ont été inopérants. Un mois avant, l'ORL a noté une paralysie des cordes vocales avec œdème dont la guérison devrait se faire de façon spontanée. Trois points auriculaires détectés à l'aide du RAC ont été piqués. Une attention particulière est portée au point de gorge à gauche (compris comme une « zone dite de fuite énergétique ») traité au laser pendant deux minutes (balayage des fréquences zéro). Trois minutes de Théramagnétic P (champ magnétique Sud polarisé à l'extinction) ont été appliquées sur l'avant du cou et sur les deux oreilles.

Le soir, il exprime des sons informes, ce qui l'inquiète. Dès le lendemain, il consulte en urgence son ORL qui lui précise : « la paralysie s'est libérée en partie ». Tout s'est arrangé en 24 heures, sans rechute à ce jour, soit treize ans après.

Ce cas unique montre l'efficacité du traitement auriculaire effectué selon un protocole simple mais rigoureux, incluant la prise du RAC.

## Seconde série de cas cliniques

### Sinusite chronique

Un malade consulte pour une sinusite, sur recommandation de son dentiste. Six mois avant, un collègue avait appliqué à ce dentiste une minute de traitement fréquentiel par laser. C'était au cours d'un séminaire de formation, au moyen du Girlase®, sur les points enflammés de boucles d'oreille. Depuis ce traitement, le dentiste n'avait plus souffert de ses habituelles sinusites !

### Polypes nasaux et les autres pathologies ORL complexes

Tout ceci est accessible à l'auriculothérapie, plus ou moins sophistiquée. Il y a 35 ans, le Dr Noël présentait des cas cliniques éloquentes dans les Cahiers de Biothérapie<sup>3</sup> !

### Pan sinusite chronique

Mme. L.M., 44 ans, consulte en 1996 pour une pan sinusite ethmoïdo-maxillaire à dominante gauche, sur fond de polypose nasale. Il s'agissait d'une sinusite récidivante, malgré la chirurgie l'année passée et une réintervention le mois précédent.

Tous les deux à trois mois, une séance d'auriculothérapie, associée à la prescription d'homéopathie et d'aromathérapie a permis dix années de sursis (avec seulement deux prescriptions d'antibiotiques pendant cette longue période). Cependant, douleurs et infections sont un souvenir prêt à se réactiver ; dans ce cas, une séance a un effet bénéfique ressenti dans les 24 heures.

### Œdème des cordes vocales

M. G.A., 34 ans, consulte pour un enrouement durant depuis six mois, avec œdème des cordes vocales. Les corticoïdes ont été inopérants. Il y a un mois, l'ORL a vu une paralysie des cordes vocales. En fonction des données du RAC, les points auriculaires sont traités. Une attention particulière est portée au point

---

3. Noël (1972) Observations cliniques en auriculothérapie. Cahiers de Biothérapie, supplément n° 33, p. 27-8.

de gorge à gauche (au-dessus du conduit auditif) traité au laser pendant deux minutes.

Le soir, il exprime des sons informes. Le lendemain, il consulte en urgence son ORL : la paralysie s'est libérée en partie. Tout s'est arrangé en 24 heures, sans rechute à ce jour (treize ans après).

## Allergies nasales

Paul Nogier a indiqué il y a trente ans des schémas de traitement dans les acouphènes, l'audition (défaillante), le coryza des foins, l'épistaxis, l'obstruction nasale, les otites, le rhume des foins et les vertiges.

Bernard Leclerc a proposé un nouveau protocole, dans cette affection bien pénible que sont les rhinites allergiques saisonnières<sup>4</sup>.

## Rhinite et conjonctivite allergique

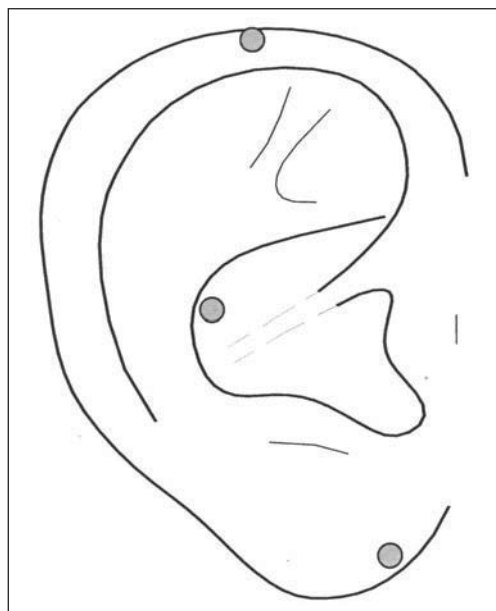
Une personne de 34 ans se présente avec une rhinite allergique associée à une conjonctivite particulièrement pénible et apparue la veille. Elle souhaite éviter les antihistaminiques qui la rendent somnolente, car elle doit participer à un jury d'oral du Baccalauréat.

Une séance est effectuée : points du nez aux lobules droit et gauche (en apnée inspiratoire suivis de saignement), point d'allergie à droite et à gauche, point du foie à droite (fig. 3). En trente minutes, l'amélioration est manifeste. Une heure après, elle se sent dégagée et pourra participer au jury.

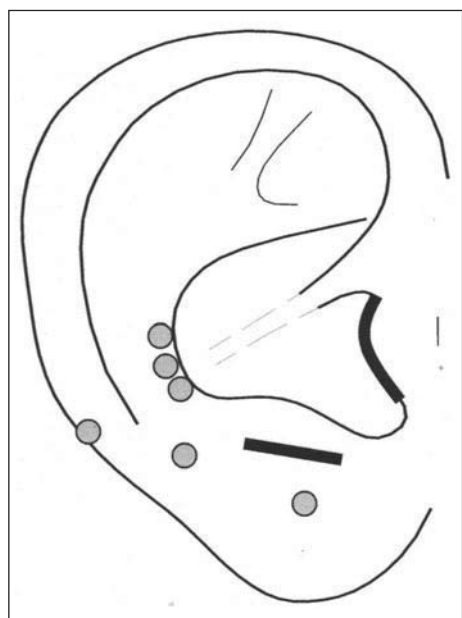
---

4. Leclerc B (2002) Les rhinites allergiques saisonnières. Annales du GLEM, p. 30-3.





**Fig. 3** – Malade en poussée de rhinite allergique.



**Fig. 4** – Contrôler dans les acouphènes.

## Acouphènes

S'il est un domaine où la médecine universitaire, consacrée (dite officielle) est généralement inopérante, c'est bien celui des acouphènes. Nous saurons contrôler, en première intention, la crête tragale, la ligne des sons (sons aigus en avant, sons graves en arrière)<sup>5</sup>, le point maxillo-dentaire et le point maître sensoriel, l'anthélix cervical et le point de décussation (fig. 4).

5. Leclerc B (2000) Cette merveilleuse ligne des sons. Annales du GLEM, p. 33-4.

Dans les acouphènes, nous saurons aussi contrôler de façon quasi systématique l'état des vertèbres cervicales. Nous n'oublierons pas le rôle réflexogène des dents, bien mis en évidence par Samuel Debard.

## Ronflement

Bernard Leclerc a indiqué il y a huit ans que le point dit du PCS est utile dans les ronflements<sup>6</sup>. Son efficacité est réelle : une aiguille semi-permanente à cet endroit a permis à certaines de mes clientes de regagner la couche conjugale !

## Limite et non-indication

De façon habituelle, nous agissons avec prudence dans les infections évolutives : une action thérapeutique anti-inflammatoire efficace peut neutraliser un processus de défense mis en place par l'organisme, et ainsi favoriser le développement d'une infection !

## Sinusite maxillaire aiguë

L'auteur de ces lignes a présenté une sinusite maxillaire droite et des douleurs dentaires. Craignant une poussée de sinusite lors d'un automne pluvieux, j'ai été rassuré par le radiologue. Pour me soulager, je me suis appliqué du laser localement et à l'oreille. Le résultat ne s'est pas fait attendre : dans les minutes, j'ai ressenti un frisson ; le soir j'étais fiévreux ; le lendemain, j'avais un bel abcès gingival qui s'est terminé en fistule ! Mon action intempestive et bien précise avait libéré une inflammation de défense autour du foyer à la base d'une prémolaire, inflammation (ou infection latente ?) ressentie comme une douleur de sinusite !

---

6. Leclerc B (1998) Un point miraculeux contre les ronflements. Annales du GLEM, p. 15.

# L'Auriculo. dans l'obésité et le syndrome métabolique

Y. Rouxeville

Ce texte est la synthèse de deux articles demandés par la même revue<sup>1</sup>.

## Syndrome métabolique

Il associe des troubles métaboliques (intolérance au glucose, hyperinsulinisme, diabète, élévation des triglycérides, élévation du cholestérol) à une adiposité abdominale. La mesure du tour de taille est un paramètre bien admis. L'indice de masse corporelle (IMC) est un excellent marqueur.

Il conduit à une augmentation importante du risque cardiovasculaire. Sa prévalence augmente dans de nombreux pays.

## Tenter de comprendre l'obésité

Parmi les causes reconnues, figurent la boulimie ou gloutonnerie, et une alimentation fortement déséquilibrée. Dans ce cas difficile, l'Auriculo. peut être d'une grande utilité, pour aider à réguler le comportement alimentaire, en facilitant les éliminations, et par la correction du comportement addictif envers la nourriture.

T. Shiraishi a montré l'importance du traitement des points hypothalamiques (1).

---

1. Rouxeville Y (2005) L'Acupuncture auriculaire dans le syndrome métabolique. Cahiers de Biothérapie, n° 193, p. 32-6.

Rouxville Y (2008) Le poids... et l'oreille. Cahiers de Biothérapie, n° 210, p. 68-71. Reproduit avec l'aimable autorisation des Cahiers de Biothérapie.

Le plaisir de manger fait intervenir le circuit de Papez, le système limbique et la dopamine. Les malades mal équilibrés au plan cérébral et compensés (par l'alimentation ou le tabac) ont un risque majeur de décompensation et/ou de mutation de leur addiction : vers le tabac, l'alcool ou la boulimie.

Le traitement doit comporter des conseils d'hygiène de base (adapter la diététique, rééduquer le comportement alimentaire). Améliorer l'activité physique est le second versant : l'activité physique améliore la capacité aérobie des mitochondries.

La phytothérapie peut être un puissant adjuvant pouvant aider à normaliser des constantes biologiques.

## Quelles zones auriculaires préférentielles ?

De manière non exhaustive, on contrôlera deux séries de points ou zones : les points agissant de manière générale : point-maître zéro prime (point-maître du contrôle de la volonté), point zéro (point-maître du parasympathique), point-maître d'élimination (favorise l'élimination urinaire) (fig. 1).

Le rôle de la flore intestinale est fortement suspecté dans l'obésité : vérifier l'hémiconque supérieure (à droite et à gauche) n'est pas superflu.

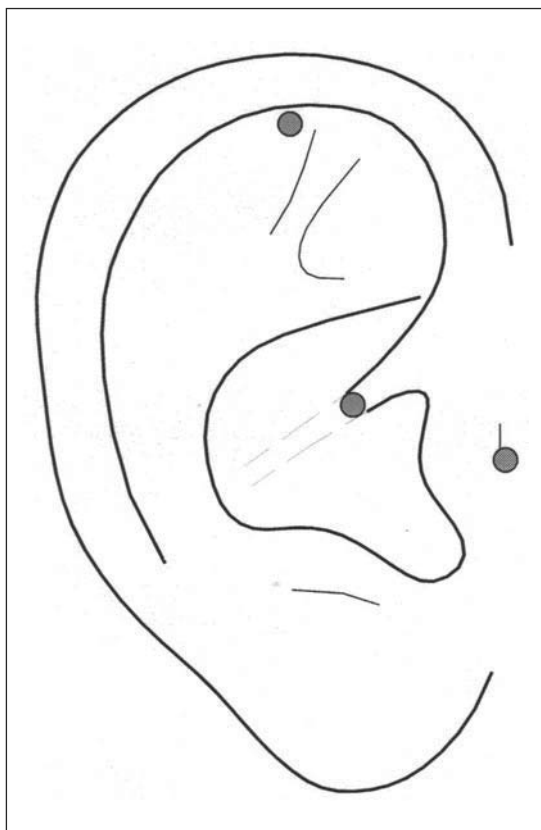


Fig. 1 – Points d'oreille agissant de manière générale.

Les points et les zones agissant sur le phénomène compulsif : zones d'hypothalamus, point épiphysaire (processus mental fixé), zones du système limbique (la boucle de Papez) (fig. 2).

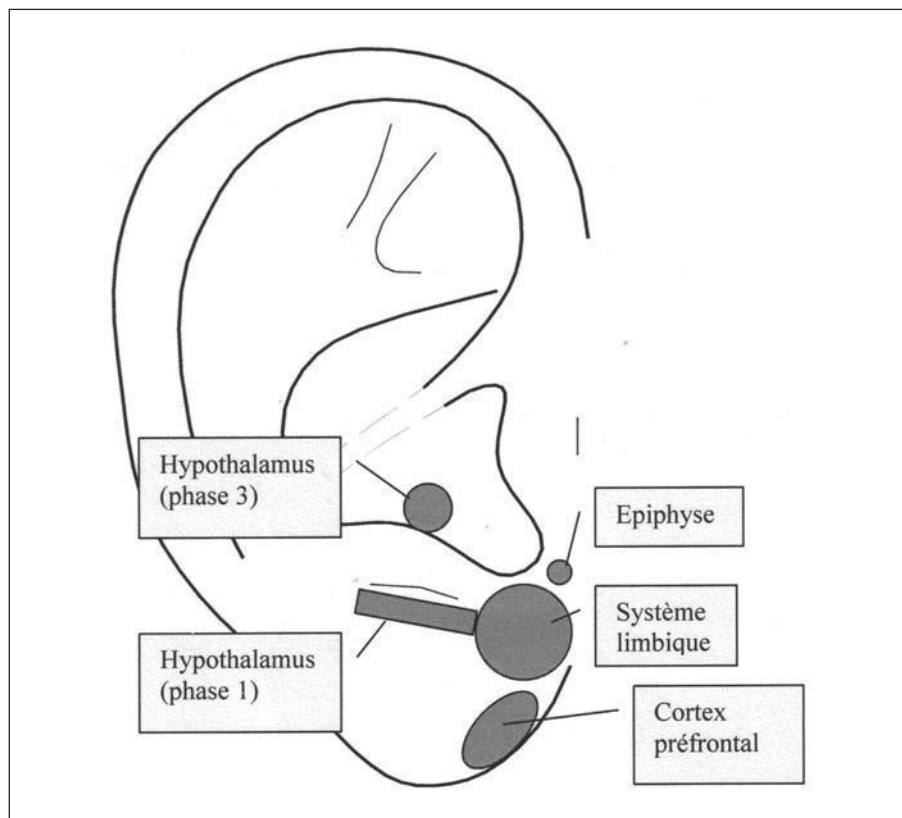
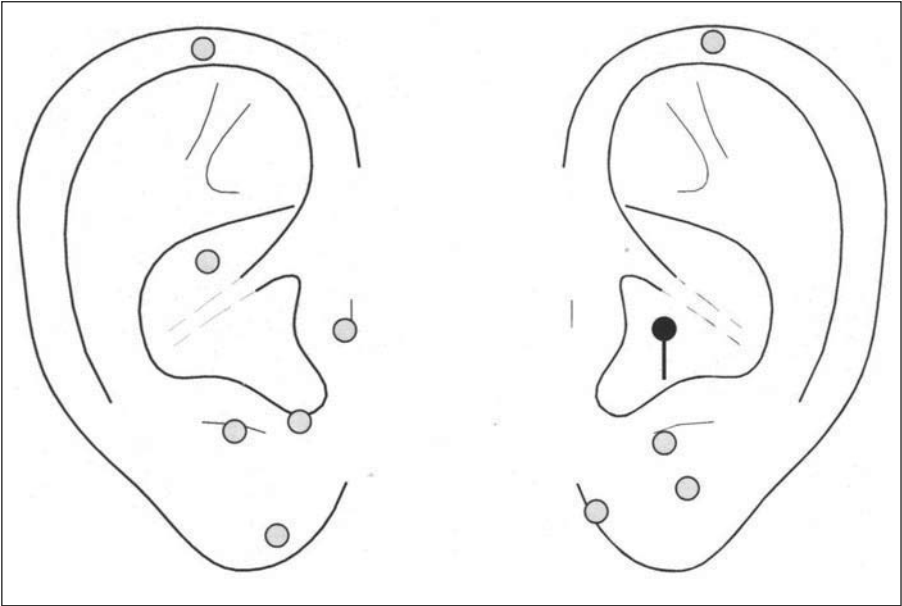


Fig. 2 – Points et zones de l'oreille agissant sur le phénomène compulsif.

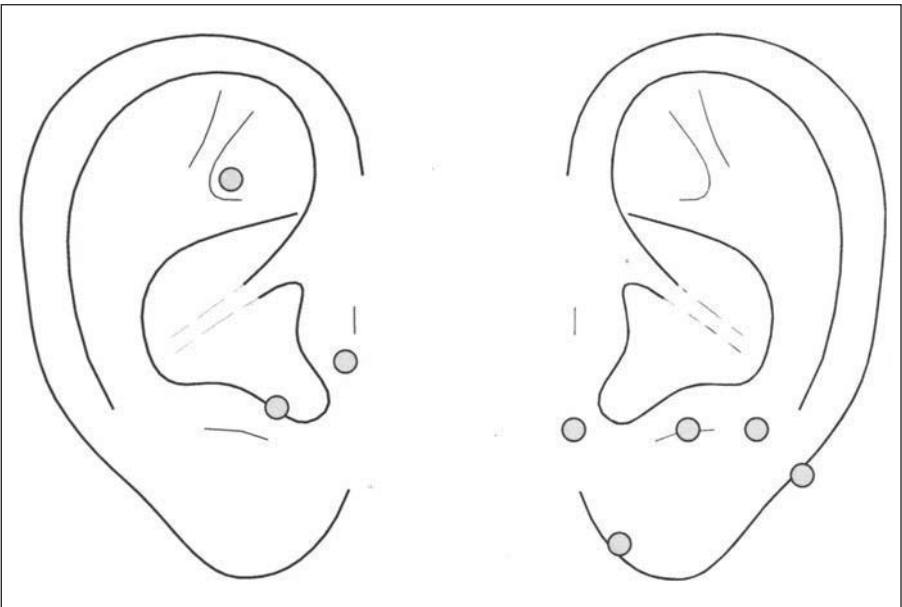
## Protocoles d'auriculothérapie pour l'obésité

Les protocoles de Bernard Leclerc (2) (fig. 3) et Giancarlo Bazzoni (3,4,5) (fig. 4) nécessitent l'utilisation d'aiguilles semi-permanentes.

Le raisonnement médical peut être suffisant dans le choix des points cités. Bazzoni a noté que le contrôle électrique des points réflexes est facilité si le sujet est « affamé, presque à jeun (état de carence) » (4).



**Fig. 3** – Points pour l'obésité (d'après B. Leclerc, 1995).



**Fig. 4** – Points pour l'obésité (d'après G.G. Bazzoni, 2003).

## **Approche par auriculomédecine : étude et traitement du terrain**

Le RAC nous permet la détection des points d'oreille pathologiques, ainsi que la possibilité d'une étude précise et personnalisée du sujet.

### **Troubles compulsifs alimentaires**

Leur existence conduit à la recherche des points sur lesquels la fréquence de battement déclenche le RAC (points dits de conflits interhémisphériques).

Seront également recherchés les points dont l'éclairage à la couleur 24 déclenche le RAC (signe de désadaptation).

### **Détermination des aliments ou des médicaments défavorables**

On peut manquer de certaines enzymes, notamment par prédisposition génétique. Le lait ou les céréales pourront alors se comporter comme des agents toxiques envers tout ou partie de notre corps, et faciliter des pathologies auto-immunes.

Tester les possibles faux amis que sont les aliments consommés est une aide précieuse. En cas de toxicité avérée d'un aliment, on saura corriger cette information, par la technique dite du point induit, ainsi qu'un essai d'éviction de cet aliment pendant quelques semaines.

### **Bilan métabolique**

Dans le cas du syndrome métabolique, on étudiera essentiellement les versants toxiques (catabolisme toxique, anabolisme toxique). Cette recherche peut être réalisée sous influence d'un aliment déterminé, ce qui nous permet de relier l'adiposité du sujet examiné au sucre alimentaire, ou de comprendre que le sel peut bloquer les émonctoires d'un autre malade. Cette technique pourra permettre la découverte de points corrigeant ces anomalies.

## **Les sept couleurs du Programme Couleurs**

L'approche successive de chaque pavillon auriculaire, en lumière ambiante, des sept filtres colorés dits du Programme Couleurs ne doit pas déclencher le RAC. Ainsi, l'approche du filtre B (rouge 25) signifie une surexpression des fonctions digestives, donc de l'assimilation.

## **Étude de la ligne sagittale médiane antérieure du corps**

On recherchera des anomalies aux endroits décrits en correspondance avec les plexus ou l'équilibre hormonal, connus en médecine indienne sous le nom de chakras. Tout l'art du soignant est de faire en sorte que l'anomalie ne soit plus décelable en fin de consultation.

## **Précisément, quels soins auriculaires effectuer ?**

L'aiguille, essentiellement l'aiguille semi-permanente (ASP), sera indiquée sur les points importants. L'ASP pourra rester en place deux à quatre semaines. L'aiguille classique sera utile pour traiter les points moins importants ; les stimulations fréquentielles par laser auront un intérêt complémentaire et de drainage.

Le fil chirurgical et l'agrafe chirurgicale, dont il a été beaucoup question dans des magazines féminins, ne sont pas des dispositifs médicaux reconnus pour une telle indication.

Dans les pays du tiers-monde, on place sur les zones dites hypothalamus des graines de vaccaria recouvertes d'un pansement. Il suffirait de se masser régulièrement les oreilles ! Cette technique recommandée dans les boutiques à visée esthétique ne semble pas avoir été évaluée avec les critères scientifiques.

## **Quels effets sont notés ?**

Bazzoni a noté l'apparition d'une sensation de satiété précoce, que le patient s'oriente vers des nourritures protéinées plutôt que vers des hydrates de carbone, la réduction des épisodes d'envie irrésistible, la réduction de l'anxiété et de l'irritabilité et l'amélioration de l'humeur. Il estime que c'est bien « l'effet starter » de l'auriculothérapie (5).



## Cas cliniques

### Cas clinique n° 1

Une élévation de l'acide urique sanguin a été découverte il y a deux ans et demi chez M. P.B., 68 ans. Le traitement par allopurinol a déclenché une hépatite médicamenteuse.

Il consulte le 12 novembre 2004 avec un bilan biologique hépatique normalisé, mais il persiste une hyperuricémie à 97 mg/L. Le RAC indique la phytothérapie à prescrire, associée à une séance complète d'acupuncture auriculaire.

Il consulte à nouveau le 26 janvier, avec la mine réjouie : il a perdu 2 kg. Et le taux d'acide urique sanguin est à 87 mg/j, soit une amélioration d'un tiers de cette anomalie, sans médication chimique ! Le traitement est renouvelé.

### Cas clinique n° 2

Une institutrice de 58 ans consulte il y a un an passé. Pesant 91 kg avec IMC à 34, il est temps de faire quelque chose ! Une séance d'auriculothérapie est complétée par homéopathie. Trois séances sont pratiquées, à un mois d'intervalle. Le poids était de 81 kg (IMC à 30) à la troisième séance. Alors, d'elle-même, elle se rendra chez les Weight Watchers. Six mois après, nous en sommes à 74 kg pour une IMC à 27,5 !

### Cas clinique n° 3

Un retraité de l'Aéronavale âgé de 60 ans consulte il y a trois mois. Il est porteur d'un syndrome métabolique particulièrement toxique : stents posés à la suite d'infarctus du myocarde en 1998 et, en 2004, apnées du sommeil, glycémie à 1,23 g/l, 118 kg avec IMC à 41. Il consomme chaque jour une cohorte de médicaments justifiés par son état cardiaque, son hypertension artérielle, son hypercholestérolémie, son hyperuricémie, etc. Son frère aurait la même morphologie.

Séance d'auriculothérapie, complétée par homéopathie et phytothérapie, ainsi que des conseils stricts relatifs à son comportement alimentaire. On le revoit une fois par mois.

Un mois après : 113 kg. Deux mois après : 110 kg (IMC à 38).

## Cas clinique n° 4

Une aubergiste de la région consulte il y a une vingtaine d'années, pour un cas très particulier. Elle s'était rendue deux mois avant dans une ville importante, après la lecture d'un magazine féminin. On lui avait posé un fil chirurgical à la racine de l'hélix. Ensuite, son appétit a forci ; elle aussi, puisqu'elle avait pris cinq à six kilos ! Le fil avait été posé à droite, mais l'analyse de la latéralité selon la technique de Paul Nogier indiquait qu'il s'agissait d'une gauchère.

## Conclusion

On reproche à l'auriculomédecine d'être élitiste. Mais en réalité, c'est la médecine elle-même qui devrait être élitiste. Les conseils recommandés par l'industrie pharmaceutique peuvent être dramatiques (cf. le Médiateur®). Le vrai et laborieux travail clinique, d'interrogatoire, d'examen et de soin est notre vrai métier. Si l'Auriculo. n'est pas une panacée, on sait qu'elle peut apporter, d'une façon ou d'une autre, le petit déclic salvateur.

Le plus difficile, pour les médecins et surtout les malades, est la persévérance. De même, chacun sait que les sédentaires obèses doivent bouger ; mais qu'il est difficile de changer des habitudes ! Pour tenter de solutionner ce problème de Santé publique, il est souhaitable de s'affranchir des idées reçues<sup>2</sup>.

S'il est bien connu que la génétique est fortement impliquée dans l'obésité, il ne faut pas oublier que le gène ne s'exprime qu'en certaines circonstances. Notre travail est de neutraliser ou d'endormir cet ennemi potentiel, ce qui n'est pas si simple. Il faut le tenter !

## Références

1. Shiraishi T (2000) Effects of bilateral auricular stimulation on body weight in healthy volunteers and mildly obese patients. Symposium International d'Auriculothérapie et d'Auriculomédecine de Lyon
2. Leclerc B (1995) Précis d'Auriculothérapie. Leclerc, Nevers, p. 110-1
3. Bazzoni GG (2000) L'intervention de l'Auriculothérapie dans l'obésité et le contrôle du comportement alimentaire. Symposium International d'Auriculothérapie et d'Auriculomédecine de Lyon
4. Bazzoni GG (2003) Agopuntura auricolare e comportamento alimentare del paziente obeso, dans Romoli M. Agopuntura auricolare. Utet, Torino, p. 331-9
5. Bazzoni G (2001) L'auriculothérapie chez le patient obèse. Annales du GLEM, p. 21-4

---

2. Weill P (2007) Tous gros demain ? Plon, Paris.

# Auriculo. et troubles du sommeil<sup>1</sup>

(extraits)

Y. Rouxeville

On admet que l'oreille peut réfléchir, en miroir, l'activité des organes. L'impact est régulateur : il permet de normaliser l'équilibre autonome des divers étages du corps. L'activité du traitement réflexe est liée à sa grande précision : il fait sécréter des neuromédiateurs sur le site correspondant au point traité.

## Comprendre les troubles du sommeil

Les insomnies à court terme sont souvent en relation avec un stress psychologique, et accessibles à des procédures d'auriculothérapie simple.

Les causes des troubles du sommeil sont multiples. Outre les perturbations cérébrales bien connues, les troubles du sommeil peuvent modifier les systèmes hormonal et immunitaire.

La fatigue et la baisse de vitalité peuvent être à la fois causes et conséquences d'insomnies. Les troubles du sommeil persistants doivent faire penser à une dépression masquée ou à un trouble existentiel important : ils ne représentent que la partie émergée de l'iceberg.

## Points d'oreille importants

Ils seront recherchés aux endroits indiqués, en priorité à l'oreille gauche chez le droitier (ou droite chez le gaucher). Trois à cinq aiguilles sont généralement appliquées.

---

1. Rouxeville Y (2004) Auriculothérapie et sommeil. Cahiers de Biothérapie, n° 189, p. 56-60. Reproduit avec l'aimable autorisation des Cahiers de Biothérapie.

Des protocoles ont été établis. Paul Nogier a conseillé (1) le point de l'œil, le point d'épaule, le point d'occiput, le point d'antitragus, le point de synthèse qui est postérieur (fig. 1) mais aussi les points-maîtres : point zéro, point du Darwin, point d'allergie (fig. 2).

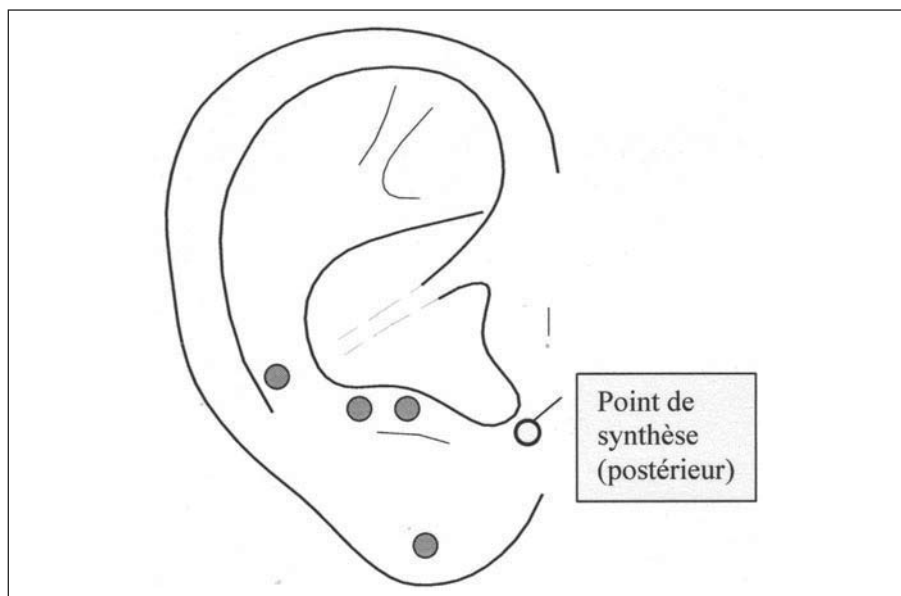


Fig. 1 – Points de Nogier (1).



Fig. 2 – Points de Nogier (2).

Paul Nogier a développé la méthode, ce qui a permis à Bernard Leclerc de décrire de nouveaux protocoles (2). On recherchera les points du tragus, le point d'agressivité à droite, le point-maître sensoriel, le point externe ou postérieur du *locus coeruleus*, le point d'hypothalamus (sous-antitragal), et selon l'heure du réveil dans le mur de la conque (fig. 3).

Les séances peuvent être effectuées de façon bimensuelle, hebdomadaire, voire bihebdomadaire. Un résultat doit être ressenti en une à trois séances.

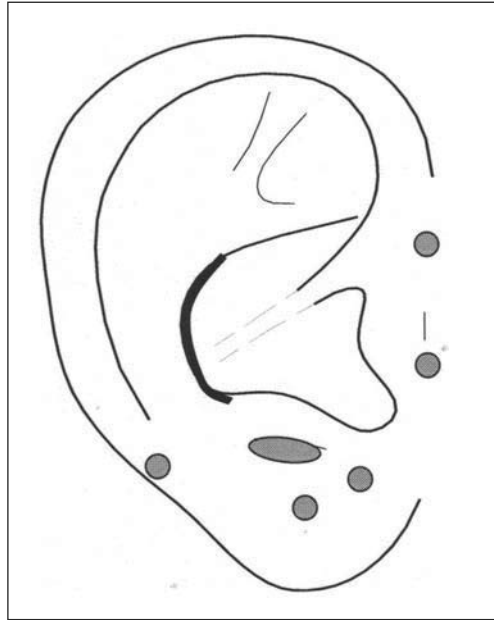


Fig. 3 – Nouveaux points pour le sommeil.

## Apport de l'auriculomédecine

L'auriculomédecine est la recherche clinique de fines variations du pouls radial (le RAC) survenant lors de stimulations de la peau du corps. Le RAC nous renseigne à deux niveaux : la localisation du point pathologique et la qualité de cette anomalie (qui correspond à telle couleur ou à telle fréquence).

## Apport des couleurs de Wratten Kodak

Les points relatifs aux troubles de l'endormissement seront détectés par la projection ponctuelle de la couleur rouge 24.

La mise en évidence des points relatifs aux troubles du sommeil est aidée par le filtre tricolore (31/58/99).

La détection des points relatifs aux troubles du sommeil lent se fera par la projection de la couleur bleue 44 A.

La détection des points relatifs aux troubles du sommeil paradoxal se fera par la projection de la couleur bleue 49 B.

Les points exprimant les difficultés d'adaptation au stress seront recherchés à l'aide de la couleur rouge 24.

Les points en relation avec la spasmophilie seront détectés par la couleur jaune 9.

À titre d'exemple, on explorera la totalité des deux oreilles de son malade en y projetant le rouge 24.

## **Apport des fréquences de Nogier**

Les fréquences les plus intéressantes à explorer chez les malades atteints de troubles du sommeil sont les fréquences D (de D - 30 à D + 30) et les fréquences G (de G - 30 à G + 30). Concrètement, la recherche des points perturbés se fera par un scanning des oreilles avec la fréquence émise par le dispositif médical, en privilégiant la recherche sur le lobule, le tragus et l'antitragus.

On recherchera également les points d'oreille réagissant à la fréquence de battement.

## **Étude de la vitalité du malade**

Le bilan du métabolisme général (l'anabolisme et le catabolisme) permet de comprendre l'état général du sujet examiné. À titre d'exemple, on ne traitera pas un malade atteint de fatigue chronique de la même manière qu'un intoxiqué éliminant mal ses déchets.

## **Possibilité de traiter des zones non classiques**

Les points de Bosch (à la partie supérieure du tragus et sur la queue de l'hélix) ont été décrits initialement comme régulateurs du plaisir sexuel. Bien plus tard, il sont apparus être des points remarquables pour l'équilibre du sommeil.

## **Test des remèdes favorables ou toxiques**

Le RAC peut nous préciser si un produit, un aliment ou un médicament présente un caractère bénéfique ou néfaste envers la personne examinée. Il ne faut pas s'en priver.

## Recherche de barrages

Le RAC nous permet aussi de découvrir des anomalies méconnues ou oubliées. Les traumatismes physiques ou opératoires et les traumatismes mentaux ne peuvent que laisser des traces, tout comme les maladies infectieuses. À défaut d'être la cause seule, ces atteintes passées peuvent créer des interférences, des circonstances favorables permettant d'entretenir une pathologie sans relation avec ce passé.

Nous pouvons démêler le fil d'Ariane et remonter d'une information anormale récente (d'un foyer récent) vers une information plus ancienne, enfouie et oubliée, mais toujours active.

## Cas cliniques

### M.L.S.

45 ans, a des difficultés professionnelles et un climat conjugal qui se détériore. Il présente des insomnies pénibles, à dominante de troubles de l'endormissement, depuis trois semaines quand il se présente en fin d'après-midi à la première consultation, en mars 2003. Le même soir, il s'endort à 22 h devant la télévision jusqu'à 2 h du matin (son épouse, n'ayant pu le réveiller, l'a recouvert d'une couverture). Les jours suivants, le sommeil est meilleur et plus réparateur. Dix jours après, une seconde séance d'auriculothérapie est pratiquée. De façon paradoxale, la nuit suivante est plus mauvaise, mais les choses s'arrangent dans les jours suivants. Il revient six semaines après la seconde séance, pour consolider cet équilibre. Un de ses amis me consulte hier pour des troubles comparables, et sur sa recommandation. M. L. S. estimerait que l'auriculothérapie a été très efficace dans sa gestion du sommeil, ce qui lui a permis de mieux analyser ses difficultés.

### Mme H. L.

74 ans, consulte en janvier 2002 pour des troubles du sommeil (réveils de 2 h à 4 h) existant depuis une trentaine d'années. C'est une asthmatique hypertendue, traitée pour angine de poitrine et maladie de Biermer, qui a pris pendant trente ans des hypnotiques. Souffrant de troubles de la mémoire, elle est décidée à se faire soigner de manière alternative et complémentaire ! Pendant un an, une séance d'auriculomédecine est pratiquée environ chaque mois, dans une orien-

tation de rééquilibrage du sommeil, du mental et de l'état général. L'homéopathie et la phytothérapie sont prescrites sur indications du RAC. Au bout de quatre mois, elle déclare ne plus présenter d'idées morbides. Un mieux sensible et durable permet d'espacer à une séance tous les deux mois pendant l'année 2003. La fréquence actuelle est environ tous les trois mois (le besoin ressenti par la patiente). Il aura fallu un an pour permettre que le sevrage total des hypnotiques et antidépresseurs soit possible, sans rechute à ce jour.

### Références

1. Nogier Paul (1977) Introduction pratique à l'auriculothérapie. Maisonneuve, réédité par Haug international, Bruxelles
2. Leclerc B (1994) Précis d'auriculothérapie. Leclerc, Nevers



# Auriculomédecine et sénescence<sup>1</sup>

(extraits)

Y. Rouxeville

## Auriculothérapie et auriculomédecine

### **L'auriculomédecine peut apporter une réponse au Pourquoi et au Comment ?**

Les renseignements ainsi découverts permettront une étude personnalisée de l'oreille du malade. Les faits notés montrent l'état réactif (la synthèse entre l'agression et la défense) et la réactivité du sujet examiné (normale, altérée ou déformée).

### **L'attente de la personne qui vieillit**

Elle exprime le besoin de soulagement des misères quotidiennes, essentiellement les douleurs, la fatigue, les troubles du sommeil, voire les infections récidivantes. En revanche, la tristesse, l'isolement et la solitude (vraie ou ressentie) sont les piliers qui vont déstabiliser le système d'adaptation, en conduisant au repli et à la dépression plus souvent qu'à la créativité.

Le paradoxe se situe entre d'une part la plainte et les souhaits, d'autre part la réponse qui n'est pas obligatoirement en adéquation avec le possible !

---

1. Rouxeville Y (2007) L'apport de l'auriculothérapie chez les personnes âgées. Cahiers de Biothérapie, n° 206, p. 34-6. Reproduit avec l'aimable autorisation des Cahiers de Biothérapie.

## **Ce que sait le soignant, c'est la réponse au Quoi, au Comment, à défaut du Pourquoi ?**

Le contrôle central par le cerveau est rendu moins aisé en raison d'altérations du métabolisme des neuromédiateurs et des baisses de performance synaptiques dans l'organe de contrôle.

La qualité du transfert de l'influx nerveux altère les possibilités de régulation des organes. Les organes sont moins bien irrigués, avec un sang de moindre qualité.

Au plan des organes, il existe des troubles de la respiration cellulaire, menant à une hypoxie normobare. La production de radicaux libres crée une ischémie tissulaire.

L'affaiblissement des défenses immunitaires, l'effondrement du statut hormonal, la baisse des possibilités de réparation de l'ADN, aggravent l'importance de l'entropie.

Tout concourt à entretenir une baisse de la vitalité, de l'énergie vitale (le Qi des Chinois). Et à terme, nous savons que la mort est une réalité.

## **Ce que nous permet l'auriculomédecine**

### **Calmer les douleurs**

Soulager les névralgies et les douleurs de l'appareil locomoteur doit être notre priorité. Les aiguilles sont irremplaçables pour soigner les douleurs ou les points-maîtres importants. Le bénéfice antalgique et anti-inflammatoire de l'acupuncture (toutes formes confondues) est reconnu par la HAS.

L'auriculomédecine permet un repérage rapide et cohérent des points de douleurs chroniques. Ce qui peut nous sembler un résultat minime ou médiocre est apprécié par la personne âgée (et/ou handicapée). Le petit pas pour nous est ressenti par le malade comme un grand pas !

### **Corriger la mauvaise adaptation au stress**

Relancer le système d'adaptation dépassé ou défaillant, c'est bien ce qui permettra de mieux s'adapter au nouvel état physique, voire à la mélancolie engendrée par la solitude. On estime que les troubles fonctionnels ont une forte liaison avec une mauvaise adaptation.

Le filtre tricolore 25/44/58 permet d'apprécier l'adaptation sur un plan général, de neutraliser les oscillations, et de comprendre la dominante allergique ou anergique.

Les stimulations répétées de l'oreille permettront une recherche de l'épuisement du RAC, véritable test d'effort du RAC.

## **Améliorer la vitalité et le métabolisme général**

Les zones en excès de vitalité, détectées à l'aide du bâtonnet blanc, sont contrôlées par la baisse d'impédance du point.

Les zones à baisse de vitalité, détectées à l'aide du bâtonnet noir, peuvent être contrôlées par la hausse d'impédance du point.

Le bilan métabolique (dit « bilan énergétique ») permettant d'apprécier les deux versants de l'anabolisme et du catabolisme, pourra nous conduire à corriger « les fuites énergétiques ».

## **Faire une étude précise du métabolisme altéré**

Tester à l'oreille les produits biologiques importants que sont les neuromédiateurs ou les éléments, c'est vraiment la partie la plus subtile et futée de l'examen en auriculomédecine ! Par exemple, on peut apprécier la toxicité d'acétylcholine et le point auriculaire correspondant à ce produit.

## **Une action d'efficacité générale**

Les corrections des anomalies exposées ci-dessus permettront d'autres effets. Tout d'abord une amélioration des voies nerveuses entre le cerveau et les organes. Le bon état des voies centripètes (information, renseignement) et des voies centrifuges (action, correction) permet une analyse plus pertinente et un effet plus rapide des traitements.

Chez les malades en baisse de vitalité, on saura utiliser l'aiguille posée pendant quelques secondes, en stricte apnée inspiratoire : son effet est retardé, progressif et sans rebond.

Le contrôle et le bon ordonnancement des soins permettront d'apprécier les zones correspondant aux causes et celles correspondant aux conséquences.

Agir par l'intermédiaire des fréquences de Nogier sera toujours bien ressenti : elles sont en accord avec les mécanismes de la vie. Les renforcer peut permettre de dominer les faiblesses. C'est le message du mythe d'Orphée dont le champ d'amour a permis de neutraliser le chant de mort des sirènes !

## Cas cliniques

### Mme G.L.

80 ans, présente des vertiges importants. Les thérapeutiques classiques sont inopérantes. Le pouls réagit à la présence de Muriatic Acidum 1 CH sur le pavillon de l'oreille, ce qui oriente vers une « toxicité du chlore », fait rencontré fréquemment dans ces dysfonctionnements. Les points correspondants sont traités à l'aiguille

### Mme M-J.Y.

82 ans, présente une rechute d'état dépressif de type mélancolique avec maux de ventre en région épigastrique. L'examen par auriculomédecine indique chez cette droitière que la pose de Magnesia Carb 1 CH sur l'oreille droite déclenche le RAC, alors que GABA 3 CH le déclenche à l'oreille gauche. Deux points en rapport avec Magnesia Carb sont traités à l'oreille droite. Deux points en rapport avec GABA sont traités à l'oreille gauche.

## Quatre ans après avoir écrit ce texte

Je confirme la difficulté pour traiter ces malades par Auriculo., les aiguilles ne sont pas leur traitement de choix, sauf pour calmer les douleurs et corriger les points-maîtres. En revanche, nous disposons de deux nouvelles possibilités particulièrement appréciées : d'une part le traitement électrique des points par les fréquences de Nogier en balayage, d'autre part le traitement des points d'oreille par la chaleur.

# Soins palliatifs – Thérapies complémentaires et auriculothérapie

Y. Méas

## Préambule et justificatifs

Communiquer sur les thérapies complémentaires en général et l'auriculothérapie en particulier dans les soins palliatifs, pourrait sembler provocateur. C'est pourtant à la demande des professionnels de Santé et des patients que cet article est écrit.

Loin d'être une utopie ou une ineptie, l'application de nos thérapies complémentaires apporte un réel bénéfice dans le cadre des soins de supports pour aider les patients dans l'accompagnement en fin de vie et en soins palliatifs.

Les pratiques médicales préconisées par la Haute autorité de Santé (HAS) ([www.has-sante.fr/](http://www.has-sante.fr/)) font référence à des stratégies non médicamenteuses dans la plupart des prises en charge dans les soins de support, soins palliatifs, douleur et souffrance...

La pertinence n'est pas simplement économique mais aussi basée sur les valeurs humaines, humanistes et éthiques mais aussi techniques et scientifiques. Par exemple, en fin de vie, l'accompagnement et la gestion d'une dyspnée avec toux et encombrement peut nécessiter une prise en charge médicamenteuse lourde ; une restriction d'apport hydrique est la réponse la plus efficace et efficace pour limiter l'encombrement. Certes l'explication au patient et à son entourage doit être au préalable faite.

La place des thérapies complémentaires et naturelles, a été mise en valeur lors du congrès de la SFAP (Société française des soins palliatifs et accompagnement en fin de vie) à Nantes en juin 2008. Une plénière lui a été consacrée pour les 4 000 participants ; j'ai eu l'honneur de présider cette session<sup>1</sup>.

Dans la même période, le président de la République M. Sarkozy a communiqué sur ce sujet et a débloqué plus de 33 millions d'euros pour cet accompagnement ; un média de référence, le journal *Le Monde* a consacré une demi-page sur les thérapies complémentaires<sup>2</sup>.

L'objectif de cet article est de montrer la place que notre pratique peut occuper

---

1. Congrès national d'accompagnement et de soins palliatifs (19-21 juin 2008) Atelier Médecines naturelles et soins palliatifs. Cité internationale des Congrès, Nantes.

2. *Le Monde*, 18 juin 2008.

et toute sa pertinence au sein d'une équipe de soins qui entoure le patient et ses proches dans ces moments délicats et difficiles.

Nous définirons ce que sont l'accompagnement en fin de vie et les soins palliatifs et par la suite, une série d'exemples sera évoquée vis-à-vis des symptômes difficiles vécus dans ces derniers instants. Nous évoquerons la démarche éthique, la législation et les principes fondamentaux éthiques.

## Définition des soins palliatifs

« Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale.

L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires ; en effet cela va au-delà de la pluridisciplinarité, car les professionnels de Santé doivent communiquer entre eux. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution.

La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel.

Ceux qui dispensent des soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables (communément appelés acharnement thérapeutique).

Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort.

Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil.

Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche, à ce que ces principes puissent être appliqués ».

C'est la définition donnée par la SFAP lors de son assemblée générale à Toulouse en 1996.

Vous reconnaissez là, les valeurs qui guident notre pratique quotidienne en tant qu'auriculothérapeutes, acupuncteurs, ostéopathes, hypnothérapeutes, experts en thérapies complémentaires.

## Que pouvons-nous faire ?

Avec nos mains, nos petites aiguilles, notre détecteur, nos moxas, notre laser, nos connaissances médicales, nos valeurs éthiques, nous avons moult possibilités pour accompagner le patient.

Cela commence par l'abord du patient. Le soin s'inscrit nécessairement dans une relation entre deux sujets. Il s'agit, dans la pratique des thérapies complémentaires en général et de l'auriculothérapie en particulier, de valoriser l'importance de l'écoute et de reconnaître les mécanismes psychiques inhérents au lien soignant soigné famille. Les soins palliatifs, s'ils sont une réponse à une prise en charge de qualité pour les patients en fin de vie, sont également une réponse à la souffrance des soignants. Les accompagnements entraînent un investissement et une remise en question souvent difficile, provoquant des mécanismes de défense et de protection de leur part.

La stratégie commence donc par l'acceptation de votre aide tant par le patient que par l'entourage. Nous devons être animés de la volonté d'une pratique interdisciplinaire, c'est-à-dire avoir la capacité de communiquer avec tous les soignants et aussi avec son entourage.

Le premier symptôme reste le plus souvent la plainte majeure de la douleur. La douleur est sûrement le symptôme qu'il faut contrôler et maîtriser dans les soins palliatifs. C'est d'ailleurs un objectif prioritaire de Santé publique inscrit dans la loi du 31 juillet 1991. Pour les médecins, c'est une obligation déontologique (article 37 du Code de déontologie).

Ce symptôme entre d'emblée en tête dans la définition des soins palliatifs donnée à l'assemblée générale de la SFAP à Toulouse en 1996 : « *Les soins palliatifs c'est la prise en charge de la souffrance physique, psychologique et spirituelle du malade...* ». L'ordre des mots n'est pas anodin et le contrôle de la douleur physique est donc prioritaire.

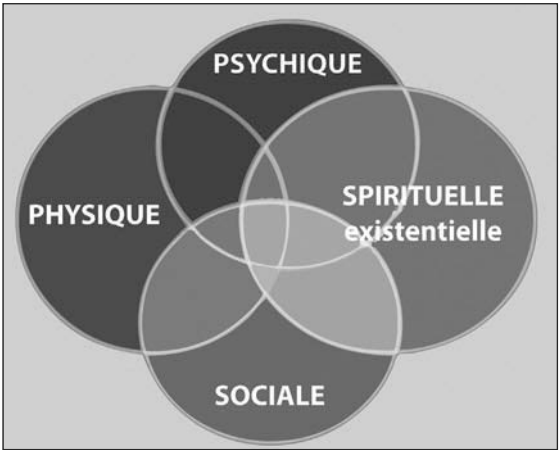
On retrouve cette priorité dans la définition par l'OMS des soins palliatifs de 2002 : « *Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille... par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que par le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés* ».

Rappelons enfin que 60 à 90 % des patients atteints de cancer souffrent de manifestations douloureuses en situation palliative. C'est dire l'importance de sa maîtrise. Ici on s'intéressera au symptôme douleur en tant que tel, mais il ne faut bien sûr pas oublier le concept plus large de la souffrance dans ses dimensions psychiques et spirituelles mentionnées dans les définitions qui viennent d'être rappelées. Il doit être toujours présent dans l'esprit des professionnels de Santé pratiquant les thérapies complémentaires.

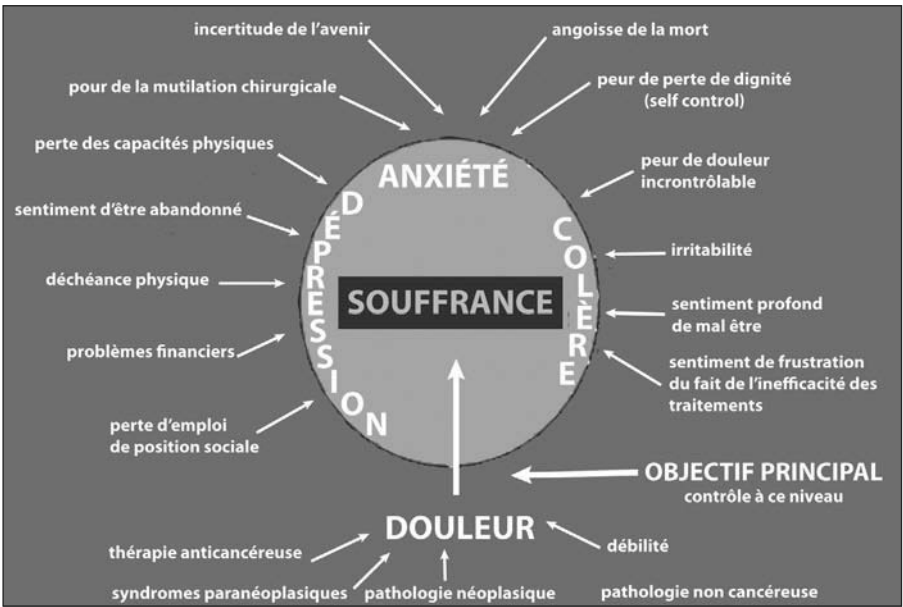
Vous comprenez donc toute l'importance d'une approche globale, portant sur le contrôle de la douleur sur les voies neurophysiologiques mais aussi sur l'aspect

psychologique par le biais de son aspect adaptatif psychosocial, de sa stratégie comportementale, de son « *coping* » (système d'ajustement), de ses paramètres anxiodépressifs ; mais aussi de l'aspect social au sens large, niveau socioprofessionnel, culturel, entourage familial et de la dimension spirituelle et existentielle par ses valeurs de croyances.

Vous avez reconnu le concept du « *Total Pain* » décrit par Mme Cecily Saunders (fig. 1), tout comme le concept de Chappman concernant la douleur et la souffrance (fig. 2).



**Fig. 1** – Concept de *Total Pain* (Cecily Saunders).



**Fig. 2** – Profil psychologique du patient cancéreux présentant des douleurs (selon Chapman modifié 1999).



## Symptômes de fin de vie

Nous avons choisi de nous arrêter sur les symptômes de la phase terminale, car ce sont ceux qui posent le plus de problèmes aux patients, aux soignants et à l'entourage. Sont retenus les symptômes respiratoires et les symptômes neuropsychologiques. L'abord de ces symptômes peut être l'occasion de poser le problème de la sédation et les problèmes éthiques s'y rapportant.

En fin de vie, la dyspnée, les râles agoniques, l'étouffement, la toux sont les symptômes respiratoires classiques de fin de vie.

L'agitation, le delirium, la confusion, les convulsions, l'anxiété, la dépression sont les symptômes neuropsychologiques fréquemment rencontrés.

Tous ces symptômes, en fin de vie, sont difficiles à gérer et contribuent à majorer la souffrance du patient et aussi de son entourage et de l'équipe soignante.

En plus d'une stratégie médicamenteuse, tous les soins de supports peuvent et doivent être déployés.

Le simple geste d'ouvrir et d'aérer une pièce peut donner une sensation qui va diminuer l'oppression ; l'attitude calme des soignants contribue à optimiser la sérénité dans ces moments difficiles.

Les soins de toucher et de massage, les soins de bouche, le traitement des points d'oreille aidant à la sécrétion d'endorphines ou à la régulation du stress sont de précieuses aides.

Toutes les stratégies avec les points d'oreille visant à moduler la douleur, les points d'adaptation, les points de modulation de sécrétions sont des compléments thérapeutiques précieux, souvent attendus et demandés par les patients et leur entourage.

## Savoir, Vouloir, Pouvoir

On ne peut agir que si l'on sait ; on n'agit que si l'on veut ; on n'y parvient que si l'on peut.

L'entourage et le patient comprendront qu'on ne puisse agir ; on nous autorisera à ne pas le vouloir, mais on ne nous pardonnera pas de ne pas savoir.

Savoir être à l'écoute, savoir aborder le patient, savoir ce que désire le patient est en effet le premier temps incontournable. Ne pas savoir sera mal interprété par le patient et son entourage ; la confiance sera rompue car il aura le sentiment de ne pas avoir été entendu, écouté, compris.

Vouloir le prendre en charge ou ne pas le prendre en charge peut être expliqué au patient et son entourage. Ils accepteront, certes difficilement. Quand le professionnel de santé rompt le lien, c'est différent d'une perte de confiance !

Pouvoir dépend des moyens, du temps, du lieu, des circonstances. En l'expliquant, la confiance et le lien restent conservés.

Pour répondre à ces situations de fin de vie, pour étayer notre stratégie de prise en charge, cinq questions fondamentales étayent la démarche éthique.

## **Quelle est la volonté du malade ?**

Que sait-il ? Que veut-il ? Quel est son projet de soins ? Quel est son désir de vivre ? Si le malade n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté, a-t-il nommé une personne de confiance ou écrit des directives anticipées ?

## **Quel est l'avis de la famille et de l'entourage ?**

Il est important d'informer et de connaître l'avis des proches sauf si le malade le refuse. Prendre l'avis du médecin traitant peut aussi être souhaitable.

## **Qu'en pense l'équipe soignante ?**

La réflexion en équipe interdisciplinaire est indispensable. Elle facilite la décision finale qui reste monodisciplinaire, celle du médecin.

## **Quel est le stade évolutif de la maladie (soins curatifs, palliatifs actifs ou terminaux) ?**

Quel est l'état général du malade (poids, amaigrissement récent, asthénie) ? Son autonomie ? Son degré de dépendance ? Son état nutritionnel ? Comment s'alimente-t-il ? A-t-il des escarres ? Est-il anxieux ? Quel est l'état d'avancement de la maladie ? Rapidité de l'évolution clinique ? Quel est son état respiratoire ? Quels sont les antécédents du malade ? La douleur est-elle soulagée ?

## Que dit la loi ?

### *La circulaire Laroque*

En France, le premier texte législatif de référence sur les soins palliatifs est apparu en 1986. Il s'agissait de la circulaire du 26 août 1986, dite « circulaire Laroque », relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale.

Ce texte précisait ce que sont les soins palliatifs et définissait les modalités essentielles de leur organisation selon la diversité des situations (maladie, vieillesse ou accident, à domicile ou en institution).

Cette circulaire a été inspirée par le rapport d'un groupe pluridisciplinaire d'experts. Présidé par Geneviève Laroque sur le thème de « L'aide aux mourants » en 1986, il s'attachait à étudier les conditions de la fin de vie et leur amélioration. Elle a eu un rôle déterminant dans la reconnaissance des soins palliatifs.

Durant ces 20 dernières années, plusieurs textes législatifs ont accompagné le développement des soins palliatifs en France.

### **Décret du 6 septembre 1995 portant modification du Code de déontologie médicale**

#### *« Devoirs généraux des médecins »*

Article 2 : Le médecin, au service de l'individu et de la Santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

#### *L'information*

Article 35 - Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

Article 37 - En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles.

Article 38 - Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui

prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort. »

### ***Loi n° 2002 303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé***

Cette loi a pour objet de garantir les droits des usagers du système de santé à travers deux objectifs principaux : l'amélioration de l'information du malade en respectant sa volonté et la réparation des accidents

*Article L. 1110-2* - La personne malade a droit au respect de sa dignité.

*Article L. 1110-3* - Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins thérapeutiques.

### ***Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie***

Déposée à la suite du rapport de la mission d'information parlementaire présidée par M. Jean Léonetti, cette loi clarifie ou renforce les dispositions existantes sur l'obstination déraisonnable et l'obligation de dispenser des soins palliatifs, sur la procédure d'arrêt ou de limitation de traitement du malade en fin de vie, sur la collégialité de la décision de l'arrêt de traitement du malade inconscient, sur la procédure d'interruption ou de refus de traitement, sur le respect par le médecin de la volonté du malade en fin de vie, sur la personne de confiance. Elle instaure les directives anticipées relatives à la fin de vie.

*Article 1<sup>er</sup>* - Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs.

### ***Le médecin peut donc arrêter ou ne pas entreprendre un traitement jugé déraisonnable. (Avis n° 63 du CCNE, Comité consultatif national d'éthique)***

*« Refuser par un raisonnement buté de reconnaître qu'un homme est voué à la mort et qu'il n'est pas curable. »*

Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs.

Le malade est conscient et informé : il peut refuser ou arrêter un traitement, même si cela entraîne un risque vital. La nutrition artificielle est considérée comme un traitement.

***Décret n° 2006-120 du 6 février 2006 relatif à la procédure collégiale prévue par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires)***

*Article 1<sup>er</sup>.* - L'article R. 4127-37 du Code de la Santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

*Art. R. 4127-37, I.* En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie.

*Art. R. 4127-37, II.* Dans les cas prévus aux articles L. 1111-4 et L. 1111-13, lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut décider de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés sans avoir préalablement mis en œuvre une procédure collégiale dans les conditions suivantes :

La décision est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile.

La décision prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigées, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches.

Lorsque la décision concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre, selon les cas, l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation.

La décision est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient.

## **La démarche éthique nous conduit à évaluer le rapport bénéfices/risques de la décision**

### **Quelques points clefs pour une démarche éthique**

La réflexion éthique nécessite une analyse complète de la situation clinique du patient (sur le plan médical, psychologique et social) en équipe interdisciplinaire où chacun peut apporter ses observations et ses informations concernant le patient.

Qu'est-ce qui fait problème dans cette situation ? Quel dilemme se pose aux soignants ? Quel est le point de vue des différents acteurs du soin ?

### **La parole de chacun est respectée**

Dans tous les cas, s'efforcer d'obtenir l'avis du patient (désir de vivre, opposition ?) Si ce n'est pas possible, écouter la position des proches, de la personne de confiance et se renseigner sur l'existence de directives anticipées.

L'équipe soignante et le médecin doivent essayer d'évaluer le pronostic du patient.

Les différentes alternatives thérapeutiques sont énumérées. Le principe de futilité s'applique tout comme le principe de non-malveillance.

La réflexion s'appuie aussi sur les textes de loi, le Code de déontologie et sur les principes éthiques.

Au terme des discussions, le médecin pourra être éclairé pour prendre une décision. Les modalités de son application seront discutées en équipe.

La discussion est pluridisciplinaire et interdisciplinaire, la décision est monodisciplinaire.

Dans les cas les plus difficiles ou s'il existe des dissensions, il faut se donner un délai de réflexion, collecter d'autres informations, prendre avis auprès de tiers (équipes mobiles de soins palliatifs, médecins spécialistes...).

Le choix donne sens à la situation sans affirmer qu'il est le seul possible. Il faut toujours continuer à s'interroger même après la prise de décision.

## Le consentement éclairé

### *Code de déontologie médicale*

*Article 36* - « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas ».

### *Loi n° 202303 du 4 mars 2002*

*Art. L. 1111-4* - Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

## Principes éthiques fondamentaux

Ce sont ces principes qui guident tous les professionnels formés à l'accompagnement en fin de vie et aux soins palliatifs.

### **Principe d'autonomie : « Respect de la liberté et de la volonté du patient »**

C'est le principe du respect des personnes, c'est-à-dire de leur autonomie. Chaque personne est considérée comme libre et responsable des décisions qui la concernent, et en particulier celle d'accepter ou de refuser le traitement qui lui est proposé.

## **Principe de bienfaisance : « Faire le bien »**

C'est le choix par les médecins et les équipes soignantes de ce qu'ils jugent bons pour leurs patients. Cependant on peut y ajouter le principe de non-malfaisance : « Ne pas nuire » : il ne faut pas oublier notre première leçon de médecine, « *Primum non nocere...* ».

En voulant parfois faire un geste thérapeutique ou d'aide supplémentaire, on peut devenir délétère. Un exemple illustrant ces propos, donner à manger à la petite cuillère relève d'un acte bienveillant. Cela devient malveillant à l'insu de celui qui le fait selon le moment et le lieu et l'état du patient : le geste devient malveillant s'il est fait dans les derniers instants de la vie ou encore dans un lieu inapproprié.

## **Principe de justice : « Offrir à tous l'accès aux soins »**

Il concerne surtout l'aspect politique et institutionnel. Nous avons un rôle fondamental à jouer, celui de répondre à la demande juste de nos patients en leur apportant notre savoir-faire et nos expertises en thérapies complémentaires.

## **Principe de futilité : « Tous les traitements n'apportant aucun bénéfice aux patients sont considérés comme inutiles »**

Il est alors justifié de les arrêter, et tout aussi justifié de ne pas les entreprendre. Nous apportons une fois de plus par notre compétence en thérapies complémentaires dans la prise en charge, nos conseils éclairés, une réponse aux patients.

## **Principe de proportionnalité : « Ne pas imposer à un malade une thérapeutique disproportionnée par rapport à son état »**

Un traitement n'est donc justifié que si sa mise en route et ses effets sont proportionnés aux bénéfices et inconvénients qu'en obtiendra le patient. Que dire de plus, sinon que les thérapies complémentaires ont des réponses proportionnelles par rapport à l'état du patient ?



## **La démarche clinique nécessite :**

- une réflexion collective, pluridisciplinaire et interdisciplinaire ;
- une réponse dans le temps, pas immédiatement ;
- de garder une attitude professionnelle sans imposer nos propres certitudes.

Dans les cas les plus difficiles ou s'il existe des dissensions, il faut se donner un délai de réflexion, collecter d'autres informations, prendre avis auprès de tiers (équipes mobiles de soins palliatifs, médecins spécialistes...).

Le choix donne sens à la situation sans affirmer qu'il est le seul possible. Il faut toujours continuer à s'interroger, même après la prise de décision.

## **NEUVIÈME PARTIE**

### ***IN MEMORIAM***

Qu'il serait inélégant de finir sans penser à ceux qui nous ont quittés !

# N'oublions pas les compagnons disparus !

Y. Rouxeville

À chaque décès d'un collègue, le Dr Paul Nogier faisait observer une minute de silence au Cours supérieur d'auriculomédecine.

Le 11 février 1996, il a demandé à trois de ses élèves présents à son domicile (les docteurs Bernard Julienne, Yves Rouxeville et Jacques Vandromme) que la mémoire des anciens, disparus, soit intégrée à l'association naissante nommée École internationale Paul Nogier, en nous précisant :

*« On ne construit, on ne bâtit un pays, une famille ou une société de façon cohérente qu'en accumulant les couches successives des générations »<sup>1</sup>.*

## ***Nous gardons le souvenir de :***

Mme le Dr Magdeleine Frimat (Lyon), Mme Elisabeth Nogier (Lyon), le Dr Paul Aubert (Martigues), le Dr Jean François Borsarello (Paris), le Pr Jean Bossy (Nîmes), le Dr René Bourdiol (Paris), le Dr Léon Cottenceau (Paris), le Dr Guy Dassonville (Oudon), le Dr Dumontet (Charny), le Dr Claude Flament (Angers), le Dr Salvatore Finaldi (Foggia, Italie), le Dr Jacques Gabarron-Garcia (Ancenis), le Dr Garçin (Clermont Ferrand), le Dr Graziani (Marseille), le Dr Paul Haubursin (Bruxelles), le Dr Henri Jarricot (Lyon), le Dr René Kovacs (Espagne), le Dr Yves Limonat de Kerimel (Toulouse), le Dr Vétérinaire Mac Kibbin (Canada), M. Alain Mallard (Lyon), le Dr JEH Niboyet (Marseille), le Dr Paul Nogier (Lyon), le Dr Privitera (Catane, Italie), le Dr Pierre Schmidt (Genève), le Dr André Secondy (Montpellier), le Dr Bernard Tournier (Cannes), le Dr Georges Van Roy (Belgique), le Dr Roger Vidal (La Rochelle).

Il est sans doute d'autres personnes dont le nom ne nous est pas connu. Chacun saura qu'ils ne sont pas oubliés pour autant ! Ayons une pensée ou une prière à leur intention.

Nous reprenons ci-dessus quelques textes écrits aux cours des dernières années, apportant un éclairage particulier sur diverses personnes disparues.

---

1. Rouxeville Y (2000) Acupuncture auriculaire personnalisée. Sauramps médical, Montpellier.

# Hommage au professeur Bossy<sup>1</sup>

Y. Rouxeville

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

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

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

De connaissance encyclopédique et d'un esprit ouvert, ce professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Nîmes fut l'artisan de la reconnaissance de l'acupuncture par le Conseil de l'Ordre et de son introduction dans le programme d'enseignement de plusieurs Facultés de Médecine.

D'un niveau d'exigence particulièrement élevé, il maniait avec détermination le crayon rouge du correcteur. Mais aussi, il n'hésitait pas à souligner les erreurs sémantiques ou de jugement à éviter dans les écrits ou lors de l'enseignement en auriculothérapie.

À l'OMS, il a vainement cherché à faire comprendre que l'école chinoise et l'école lyonnaise avaient raison chacune en proposant des cartographies différentes du membre inférieur. Il y a également combattu le concept erroné de représentation des structures du cerveau sur le pavillon de l'oreille.

Ne refusant jamais d'apporter ses conseils, il était intransigeant sur les fondamentaux comme sur l'éthique, même si son sourire et ses légendaires yeux gris bleu opéraient un charme certain.

Très lié avec Guy Mazars, le directeur de la collection Médecines d'Asie aux éditions Springer, il avait écrit le chapitre « Anatomie de surface, embryologie et innervation de l'oreille humaine » dans un livre réalisé en commun avec l'école nantaise<sup>2</sup>.

Refusant toute dichotomie, entre l'acupuncture et la médecine, comme entre

---

1. Rouxeville Y (2010) Hommage au professeur Bossy. *Acupuncture & Moxibustion*, vol. 9, n° 1, p. 7-8.

Rouxeville Y (2010) Hommage au professeur Bossy. *Annales du GLEM*, p. 11-2. Reproduit avec l'aimable autorisation de la revue *Acupuncture & Moxibustion* et des *Annales du GLEM*.

2. Rouxeville Y, Méas Y, Bossy J (2007) *Auriculothérapie, Acupuncture auriculaire*. Springer-Verlag France, Paris.

l'auriculothérapie et l'acupuncture, il était particulièrement satisfait que les bases de l'auriculothérapie soient enseignées et intégrées au sein de la Capacité d'acupuncture, à l'université de Nantes. De même que les perfectionnements et l'auriculomédecine, moins ou non évalués, trouvent leur juste place dans l'enseignement post-universitaire, la FMC associative.

Le lendemain du départ du Pr Jean Bossy, débutait à la Faculté de Médecine de Sfax (Tunisie) une formation universitaire regroupant 85 médecins. Yunsan Méas et moi-même nous étions déplacés pour « enseigner les découvertes de Paul Nogier, avec l'esprit du Pr Bossy », donc de la même façon qu'à Nantes !

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



**Photo 1** – Le Pr Jean Bossy, à Paris en 2007, entre le Pr Youenn Lajat et le Dr Marco Romoli.

# Le docteur Flament nous a quittés<sup>1</sup>

Y. Rouxeville

En 1973, le Dr Guy Dassonville, installé sur les bords de la Loire à Oudon, réunit chez lui quelques médecins intéressés par l'auriculothérapie. Il a organisé cette présentation en compagnie du Dr Claude Flament, médecin à Angers (photo 1). Tous deux nous parlent un peu d'auriculothérapie, mais surtout du « poulx de Nogier ». Les deux compères nous conseillent de nous rendre à Lyon, pour suivre les cours de Paul Nogier au GLEM, et si possible voir travailler Henri Jarricot.

Mon premier passage à Lyon fut une révélation. Les découvertes de Paul Nogier et la pédagogie de René Bourdiol m'ont convaincu de m'acharner à percevoir ce fameux poulx, le sésame qui me permettrait un exercice médical si intéressant !

Mon enthousiasme initial a faibli devant ma difficulté à saisir le RAC-VAS. Si j'ai persévéré, c'est seulement parce que Flament m'a dit et répété tranquillement : « *Faites donc comme moi ; prenez-le à deux doigts. D'ailleurs les perceptions sont supérieures à celles notées par la seule pulpe du pouce !* ». Fils de vétérinaire ayant exercé en Anjou, ayant moi-même fait mon lycée puis mes études de médecine à Angers, le poids du conseil d'un médecin angevin était supérieur aux assertions du reste de la France, Lyon compris ! Sans les conseils de Flament, j'aurais abandonné et jamais je n'aurais continué l'auriculomédecine.

Le GLEM était un lieu de compagnonnage. Certes, on y dispensait des cours, mais lors des pauses, dans les couloirs, les plus anciens conseillaient les nouveaux. Il était hors de question de s'intéresser à une seule discipline : les anciens disposaient d'une culture étendue, allant de l'acupuncture à l'homéopathie, de la médecine manuelle à l'auriculothérapie et à l'auriculomédecine.



Photo 1 – Le Dr Claude Flament.

---

1. Rouxeville Y (2008) Le docteur Flament nous a quittés. Annales du GLEM 2008, p. 9-11. Reproduit avec l'aimable autorisation des Annales du GLEM.

C'est ainsi que Jean Darbord (de Limoges) et Claude Flament furent mes parrains, me permettant d'adhérer au Syndicat national des médecins ostéothérapeutes.

Claude Flament était responsable de l'acupuncture au GLEM, qu'il enseignait en compagnie des docteurs Magdeleine Frimat et P. Phutthavong. En 1979, mon examen pratique d'acupuncture se déroula à Lyon, en présence de deux enseignants : les Drs Magdeleine Frimat-Verjus et Claude Flament, sous les yeux amusés du Dr Guy Dassonville. Le diplôme de Médecin Acupuncteur me fut remis au château d'Alba-la-Romaine, un lieu magique où le GLEM se retrouvait chaque année.

Claude Flament fut vice-président du GLEM. Il a laissé le souvenir d'un enseignant discret et d'un conciliateur intègre. Par huit fois, il a publié des articles et des observations dans la revue de référence de l'époque *Auriculomédecine*.

Clinicien avisé, il fut l'un des premiers à s'intéresser au caractère allergisant des aliments et tout particulièrement au rôle toxique du lait et du sucre. « *Grâce à l'auriculomédecine, l'auteur montre, s'appuyant sur une première statistique de 100 cas puis sur une seconde de 200 cas, qu'un grand nombre d'allergiques au pollen, à la poussière de maison... ne réagissent à ces allergènes que parce qu'ils sont, en réalité, allergiques au sucre ou au lait, sinon aux deux à la fois. Un régime approprié suffit, souvent, à diminuer considérablement ces troubles, voire même à les supprimer* ». Il avait soulevé l'interrogation de certains scientifiques et de médecins nous expliquant que le sucre ne peut pas avoir d'action sur les protéines !

Vingt ans après, Charles Auffray, l'un des acteurs du Programme Génome humain, directeur de recherches au CNRS, explique que l'important « *dépend du contexte cellulaire dans lequel le gène se trouve* ». Il écrit que « *D'autres méthodes globales sont maintenant mises en œuvre pour étendre cette information fonctionnelle aux sucres et aux lipides, qui ne portent pas l'information génétique...* ». Ainsi, les plus grands chercheurs confirment indirectement la véracité d'observations faites sans a priori par l'auriculomédecine !

En 1985, Paul Nogier a demandé que Claude Flament et Yves Rouxville lancent un cours d'auriculothérapie à Nantes, sur deux week-ends. Cette expérience s'est poursuivie sur une dizaine d'années. Maintenant, vingt ans après le début de cette initiative, l'auriculothérapie est enseignée de manière officielle à l'université de Nantes, dans le cadre du DIU puis de la Capacité d'acupuncture.

Claude Flament était venu s'exprimer à Lorient il y a une quinzaine d'années pour une réunion publique au cours de laquelle il a passionné un auditoire d'une centaine de personnes. L'organisatrice de cette manifestation m'a confirmé récemment avoir apprécié son exposé et suivi ses conseils.

Voici les commentaires reçus de deux personnes ayant appris sa disparition : « *Le Dr Flament, en plus de ses compétences, était d'une douceur et d'une humanité rares* », « *homme d'expérience et très bienveillant* ».

Adieu, Monsieur Flament, Maître discret, intègre et enthousiaste. Partez avec tous mes remerciements pour votre enseignement.