

Évaluation de l'acupuncture dans les maladies neurodégénératives et troubles cognitifs

Une lecture clinique et méthodologique fondée sur les preuves (EBM)

Dr Pascal Clément
3 octobre 2026

Comment allons-nous évaluer ?

Le modèle méthodologique précède la question d'efficacité.

SYMPTÔMES → FONCTION → AUTONOMIE → QUALITÉ DE VIE → FARDEAU DE L'AIDANT

MODÈLE D'ÉVALUATION

Population / indication
→ protocole et dose
→ comparateur
→ critère de jugement
→ fin de traitement
→ suivi / rémanence

CRITÈRES MESURABLES

Cognition : MoCA • MMSE • ADAS-cog
Fonction : ADCS-ADL
Langage : WAB / AQ • CFCP
Motricité parkinsonienne : UPDRS / MDS-UPDRS

FIL ROUGE Quels bénéfices cliniques peut-on objectiver, chez quel patient, avec quelle intensité et pendant combien de temps ?

L'acupuncture est-elle aujourd'hui évaluée selon les standards de la recherche clinique ?

CORPUS GERA

154 ECR • 2000-2025
Revue à Impact Factor > 6
27 essais Neurologie /
Psychiatrie

EXIGENCE MÉTHODOLOGIQUE

Randomisation • comparateur
Critères mesurables • suivi
Analyse statistique

DONNÉE DESCRIPTIVE

119 / 154 = 77,3 %
Critère principal statistiquement
positif
→ pas un taux d'efficacité
définitive

MESSAGE PRINCIPAL

L'acupuncture est étudiée dans la recherche médicale internationale selon les mêmes exigences méthodologiques fondamentales que les autres interventions médicales.

Exemple : dans l'aphasie post-AVC, le critère principal est objectivé par le WAB-AQ, associé à une mesure de communication fonctionnelle (CFCP).

862 revues systématiques : où se situe le niveau de preuve ?

EFFET POSITIF ÉTABLI

10 indications

Exemples : douleur chronique,
nausées post-opératoires,
céphalées

EFFET POTENTIEL

82 indications

Alzheimer • démence
vasculaire
Aphasie post-AVC • troubles
cognitifs post-AVC

INSUFFISANT / NON CONCLUANT

MCI
Parkinson dans son ensemble

MCI = Mild Cognitive
Impairment
= trouble cognitif léger

À retenir : un niveau de preuve global par indication ne résume pas nécessairement les résultats de chaque essai sur un symptôme précis.

Quand la neurologie rencontre la rééducation : traumatisme crânien

Les affections acquises sont utilisées ici comme modèles de neuromodulation et de rééducation, et non comme preuve directe de neuroprotection dans les maladies dégénératives.

WANG 2025 — mTBI / POST-COMMOTIONNEL

66 patients • 14 séances / 4 semaines
DTI : modification de paramètres de substance blanche
Association avec amélioration clinique et persistance à 6-12 mois

RÉSERVE EBM

TBI = Traumatic Brain Injury = traumatisme crânien
DTI = Diffusion Tensor Imaging
→ microstructure indirectement explorée

DTI ≠ preuve directe de remyélinisation ou de régénération axonale

Aphasie post-AVC : un bénéfice fonctionnel mesurable

LI 2024

252 patients randomisés

Acupuncture +
entraînement du langage
vs sham + même
rééducation

Suivi jusqu'à 6 mois

WAB / AQ

WAB = Western Aphasia
Battery

AQ = Aphasia Quotient

Langage spontané
Compréhension
Répétition
Dénomination

CFCP — COMMUNICATION FONCTIONNELLE

CFCP = Chinese Functional
Communication Profile

AQ : +7,99 points à 6 semaines

AQ : +10,34 en fin de suivi

CFCP : +23,51 puis +27,43

→ **L'acupuncture est étudiée comme adjuvant à la rééducation orthophonique, et non comme substitut.**

Le DMN : l'acupuncture peut-elle moduler les réseaux cérébraux ?

DMN

Default Mode Network
Réseau du mode par défaut

Mémoire épisodique
Cognition
Connectivité

MCI

Tan 2017

Modifications de connectivité
entre régions impliquées dans
la cognition après
acupuncture.

ALZHEIMER

LR3 + LI4

Modulation de la connectivité du
DMN en IRMf au repos.

Zeng 2012 : exemple général de
réponse cérébrale mesurable, mais
étude de dyspepsie fonctionnelle —
pas Alzheimer.

PRUDENCE : modulation de connectivité $\neq$ restauration du réseau $\neq$ neuroprotection $\neq$ modification histopathologique.

Parkinson : traiter un symptôme ≠ traiter la maladie

Une lecture transversale : plusieurs symptômes non moteurs traversent les pathologies neurologiques et retentissent directement sur la fonction et la qualité de vie.

SYMPTÔMES NON MOTEURS

Sommeil
Anxiété
Constipation
Symptômes psycho-
comportementaux / agitation
du soir

PRINCIPE EBM

Efficacité ciblée sur un
symptôme

≠

Action modificatrice sur la
maladie

OBJECTIF CLINIQUE

Cibler fonction et qualité de vie

sans prétendre freiner la perte
dopaminergique ou la
neurodégénérescence.

Transversalité : même logique d'évaluation, mais chaque symptôme et chaque population doivent être étudiés spécifiquement.

Trois essais, trois symptômes, une même question : la persistance

MOTRICITÉ + TRANSIT — Li 2023

Électroacupuncture + traitement pharmacologique conventionnel vs traitement pharmacologique conventionnel seul (groupe contrôle en liste d'attente)

Amélioration motrice (UPDRS) et constipation
2 Hz dans le protocole

ANXIÉTÉ — Fan 2022

Acupuncture réelle vs sham

À 8 semaines : pas de différence intergroupe significative

À 2 mois : avantage du groupe réel

HAM-A : -7,03 points

SOMMEIL — Yan 2024

Acupuncture réelle vs sham

PDSS supérieur au post-traitement et au suivi à 4 semaines

→ rémanence documentée

Les comparateurs ne sont pas équivalents : traitement conventionnel / liste d'attente ≠ acupuncture simulée (sham).

Quels points et quelles modalités retrouve-t-on dans les ECR ?

AXE CÉPHALIQUE / COGNITION

GV20 — Baihui
EX-HN1 — Sishencong
GV24 — Shenting

Points retrouvés dans plusieurs protocoles cognitifs / neurofonctionnels.

POINTS DISTAUX / SYSTÉMIQUES

ST36 — Zusanli
KI3 — Taixi
SP6 — Sanyinjiao
LR3 — Taichong

Récurrences dans différents protocoles moteurs, cognitifs ou végétatifs.

RÉÉDUCATION POST-AVC

Dans l'essai d'aphasie 2024 :
PC6 • GV26 • SP6 • HT1 • LU5 •
BL40 • CV23 + point adjacent à
CV23

→ acupuncture + entraînement
du langage

PARAMÈTRES : EA 2 Hz ou 2/100 Hz • fréquence et durée variables • recherche fréquente du Deqi

Ces protocoles décrivent ce qui a été étudié — pas une prescription universelle.

Des mécanismes possibles... mais encore précliniques

NEURO-INFLAMMATION

Modèles expérimentaux
Microglie / cytokines pro-
inflammatoires

→ hypothèse

NEUROPLASTICITÉ

Modèles expérimentaux
BDNF / TrkB

→ hypothèse

INTESTIN-CERVEAU

Modèles expérimentaux
Voies autonomes / vagues
ST36

→ hypothèse

DONNÉES PRÉCLINIQUES → HYPOTHÈSES → PAS ENCORE DE PREUVE DE NEUROPROTECTION HUMAINE

La récurrence d'un mécanisme proposé ne permet pas d'inférer une modification de la maladie chez le patient.

Et la qualité de vie ?

Un critère clinique à part entière, à condition d'être mesuré avec des instruments validés.

AUTONOMIE

ADCS-ADL
Activités de la vie
quotidienne

→ fonction plutôt que seule
performance cognitive

SYMPTÔMES NON COGNITIFS

PDSS — sommeil
HAM-A — anxiété
PDQ-39 — qualité de vie
spécifique Parkinson

AIDANT

Zarit Burden Interview

Objectif pertinent en gériatrie
→ à mesurer spécifiquement dans
les essais sur les démences

Exemple clinique : pas de gain au MMSE, mais meilleur sommeil, moins d'anxiété, transit régulier et moindre retentissement pour l'entourage — bénéfice clinique à documenter séparément.

Ce que nous pouvons proposer aujourd'hui

Le niveau de preuve est plus solide pour des effets fonctionnels et symptomatiques que pour une modification de la maladie.

CE QUE NOUS NE POUVONS PAS AFFIRMER

Pas de preuves cliniques suffisantes permettant d'affirmer une modification de la progression histopathologique des maladies neurodégénératives.

CE QUE LES DONNÉES SOUTIENNENT

Bénéfices ciblés selon les indications : motricité parkinsonienne, langage, sommeil, anxiété, transit, qualité de vie.

Rémanence observée au-delà de certaines cures.

« La question n'est pas de choisir entre l'acupuncture et l'EBM, mais d'utiliser l'EBM pour mieux définir ce que l'acupuncture apporte à nos patients, sur quels symptômes, avec quelle stratégie et avec quelle durée d'effet. »

L'EBM ne s'oppose pas à l'acupuncture : elle aide à préciser où, chez qui et avec quels critères elle peut être utile.