

# La pensée complexe : une pensée en action pour l'acupuncture

*Dr Sébastien Abad*

---

Résumé : *La pensée complexe apparaît comme étant, entre autres, l'organisation d'une approche du réel par la considération de la relation, une relation faite de rapports nombreux, diversifiés, difficiles à saisir par l'esprit, et présentant souvent des aspects différents. La pensée complexe nous semble offrir un cadre propice à un développement et à une transmission subtils du savoir acupunctural, savoir et pratique qui à leur tour viendraient enrichir les modélisations et les outils que la complexité offre. Une seule et même pensée, mais qui trouverait ici des ponts pour faire dialoguer des perspectives qui peuvent la refléter, même si elles se sont réciproquement inscrites dans la séparation.*

Mots clefs : pensée complexe, acupuncture, relation, récursivité, hologrammatique, totalité, dialogique.

---

## Introduction à la complexité :

Comme bien souvent, ne serait-ce que par probité intellectuelle et volonté de ne pas méconnaître le moindre biais, il convient de préciser le contexte de notre propos, son point de départ.

Pourquoi nous être intéressés à la complexité ? Sans doute est-ce en lien avec notre exercice professionnel, à savoir celui de médecin de la douleur en charge d'accompagner des patients aux parcours souvent compliqués et aux tableaux polymorphes. Des patients souffrant d'une

fibromyalgie par exemple, avec un caractère bien souvent réfractaire, et développée sur un terrain dit de haute sensibilité<sup>1</sup>.

La fibromyalgie est définie comme un syndrome douloureux chronique (c'est-à-dire évoluant depuis au moins trois mois et/ou au-delà de la durée convenue pour un tel syndrome) associant des douleurs diffuses d'intensité modérée à sévère, et d'autres signes de souffrances allant des troubles digestifs fonctionnels aux troubles mnésiques en passant par des troubles du sommeil. Elle fait partie des syndromes fonctionnels (C.O.P.C. ou Chronic Overlapping Pain Conditions) avec lesquels elle peut présenter des intrications, et peut s'associer également à des syndromes dépressifs ou anxieux généralisés. Ses conséquences sont multiples : physiques, psychiques, sociales et professionnelles. La physiopathologie est de mieux en mieux comprise mais demeure complexe et polysémique.

**Elle est jusque dans sa réalité sujet à controverse**, chaque spécialiste entendant la faire basculer dans son champ paradigmatique (le psychiatre y voit parfois une dépression frustrée, le rhumatologue une forme de syndrome d'Ehler Danlos hypermobile...).

Même si la douleur n'est pas le seul symptôme, le champ de ce dernier est déjà considérable. Si la douleur a une définition « officielle » et partagée par les professionnels de santé, elle accepte d'autres approches ayant parfois caractères d'apophtegmes. « La douleur est un reflet de la souffrance dans le miroir de l'humanité ». « La souffrance, non seulement n'appartient à personne, et du reste ne se refuse à quiconque sans être désirée par qui que ce soit, mais de surcroît demeure partagée par tous sans possibilité de comparaison entre les individus ». « La souffrance est parfois instrumentalisée à moins qu'elle n'instrumentalise l'individu qui la porte, chacun devenant presque symptomatique de l'autre »<sup>2</sup>.

Les facteurs psychiques et sociaux ont une importance majeure.

**On devine la difficulté sinon la confusion qui règnent.**

Qu'en est-il des recommandations de bonne pratique ? Plusieurs recommandations de pratique clinique ont été émises par des sociétés savantes pour la prise en charge de la fibromyalgie, qui sont issues des « études fondées sur les preuves ». Prise en charge multimodale : deux grands axes que sont la psychothérapie (promouvant les stratégies

---

<sup>1</sup> N.d.A. : la place de l'acupuncture dans la prise en charge de cette pathologie et l'accompagnement des patients est abordée dans une autre conférence. La haute sensibilité est considérée comme un « terrain » et semble liée aux concepts d'hyperexcitabilité (notamment tels que décrits par Dabrowski qui les met en relation avec le potentiel de développement dans le contexte de désintégration positive : hyperexcitabilités émotionnelle, intellectuelle, imaginative, sensorielle, psychomotrice). On peut l'approcher en se référant à ce que produirait un abaissement de seuil de stimulation : seuil de discrimination de la douleur, des émotions... Ce n'est pas une pathologie mais des liens existent avec des syndromes et troubles psychiques, avec un grand risque de confusion nosologique dans un climat où le D.S.M.5 se doit de concerner la quasi-totalité de l'humanité. Lien également avec la douance, et suggérons-nous « effet de mode » probable sinon « bien pensance », offrant ainsi une justification à des comportements parfois socialement discutables. Autant d'attitudes qui nuisent sans doute à une compréhension rigoureuse de ce que représente la haute sensibilité.

<sup>2</sup> N.d.A. : observations tirées des cahiers cliniques tenus par l'auteur.

d'ajustement) et le reconditionnement à l'activité physique (activité physique adaptée et régulière pour réintégrer le mouvement dans la vie quotidienne). En favorisant l'ETP et les approches non médicamenteuses. Mais en pratique on fait comment avec la fonction de la plainte et les problèmes socio-financiers souvent associés ?

Nous sommes in fine confrontés à des problématiques multiples qui vont bien souvent au-delà de la simple difficulté à apporter – voire à convenir d' - un soulagement. D'ailleurs qu'est-ce qu'être soulagé ? Est-ce si facile à définir et est-ce si univoque ? Si la fibromyalgie, et plus largement les COPC, semblent cristalliser difficultés et complexités, n'est-ce pas le propre de toute médecine réintégrant le sujet souffrant dans son environnement, avec une recherche non plus de vaine « normalité » mais d'**amélioration de sa condition humaine tenant compte de ce qui pour lui est acceptable ou non, avec ses ambiguïtés fonctionnelles et structurelles ?**

**C'est, dans notre pratique, la réflexion sémiologique accompagnant l'approche acupuncturale des C.O.P.C. et la faillite apparente des modèles épistémologiques usuels qui nous ont conduit sur les traces de la complexité.**

Les problématiques sont plurielles : cliniques, épistémologiques et éthiques. Et parmi elles la difficulté de faire cohabiter des approches médicamenteuses et non médicamenteuses, au nombre desquelles les thérapies dites complémentaires. Difficulté, mais richesse également. Une richesse qui pourrait être amplifiée par un passage à un autre paradigme, à savoir celui de la pensée complexe. **Car alors, et ce sera notre propos, modélisations paradigmatiques et approches cliniques peuvent aller jusqu'à s'enrichir mutuellement, en toute réciprocité, c'est-à-dire de manière active et non par simple influence ou soumission de l'une à l'autre.**

### Complexité et pensée complexe :

Mais au fait, c'est quoi la complexité ? Un mot polysémique qui mérite d'être explicité.

Le CNRTL retient : « composé d'éléments qui entretiennent des rapports nombreux, diversifiés, difficiles à saisir par l'esprit, et présentant souvent des aspects différents », mais également « ensemble d'éléments divers, le plus souvent abstraits, qui, par suite de leur interdépendance, constituent un tout plus ou moins cohérent » (1).

D'aucuns s'arrêteront au caractère « compliqué » de quelque chose qui reste difficile à saisir, quand d'autres insisteront sur la notion de « relations » nombreuses et diversifiées, intriquées et interdépendantes entre des éléments qui s'inscrivent dans une totalité et inscrivent un tout. C'est ce sens qui est à la base des réflexions de ceux qui cherchent à rendre compte d'une pensée tissée, une pensée complexe.

Mais qu'est-ce que la pensée complexe ou plutôt qu'en avons-nous compris ?

Elle est centrée sur la définition de « **complexus** », la relation, et comporte ses précurseurs, ses organisateurs, ses vulgarisateurs et ses pourfendeurs.

Depuis que l'humain arpente la Terre, curieux, il n'a sans doute pas cessé de se questionner.

L'organisation d'une pensée complexe part peut-être d'un constat à propos du réel ou plus exactement de la vie :

- Elle est plus **compliquée** qu'on ne le pense, malgré son évidence, avec des contours difficiles à définir.
- Elle est plus **complexe** qu'on ne le pense, et alors de facto plus simple que dans nos modèles classiques, en faisant intervenir la notion de « réseaux » et de parcimonie.

Entre Descartes qui sépare pour comprendre, et le structuralisme qui considère la forme globale, il s'agit de faire une place pour **les liens et les boucles**.

Nous devons garder à l'esprit que décrire le réel n'est pas sans conséquence : conséquences sur le réel lui-même (approche phénoménologique) et conséquences sur la réalité (souvent par confusion entre réel et modèle dictant nos conduites).

Décrire c'est trahir et, dans l'approche que nous sommes en train de développer, seule compte l'expérience de *soi*. Nous la résumons ainsi, si absconse peut-elle sembler, car chaque mot doit y être pesé, là encore pour trahir le moins possible : « **Agir sur l'autre en tant que soi dont je suis autre en demeurant soi, et non plus sur un autre imposé par le fait d'être soi** ». Comment mieux soigner dans ces circonstances où la séparation entre soi et l'autre semble de plus en plus poreuse, jusqu'à accepter un niveau de complexité où elle s'effondrera tout en maintenant la nécessaire distinction ?

Nous considérons les travaux d'Edgar Morin (2), mais également de Whitehead (3), d'Héraclite (4), de Ricoeur, de Deleuze et bien sûr nombre de textes chinois ayant fondé le corpus médical sur lequel nous travaillons.

Nous brosons dans notre développement une présentation rapide de La Méthode, à titre d'illustration. Quel est le cœur de La Méthode (5) ? Les différents tomes de La Méthode sont comme des boucles développées à partir du concept d'**auto-éco-organisation** qui s'apparente à un noyau. L'auto-éco-organisation comporte la relation complexe (complémentaire et antagoniste) entre l'autonomie de l'être vivant et sa dépendance à l'égard de l'environnement, de son auto-organisation et de son auto-production qui sont source d'autonomie. Toute vie, le tout de la vie, depuis la reproduction jusqu'à l'existence des individus sujets, depuis la dimension cellulaire jusqu'à la dimension anthropo-sociale en relève. La moindre parcelle d'existence suppose la mobilisation d'une formidable complexité organisationnelle.

Ce serait le cœur du système avec :

- En deçà les concepts de systémie (le Tout), de cybernétique (le rétrocontrôle) et d'information (ordre et bruit),

- Au-delà les notions de dialogique (coexistence des complémentaires), d'hologrammatique (le Tout et les parties), et de récursivité (la conséquence génère sa cause).
- Puis viennent les boucles. Car « en –delà et au-delà » ne veut rien dire...

Ces termes, si compliqués soient-ils d'hologrammatique, de dialogique et de récursivité sont in fine le quotidien des acupuncteurs, **mais également des auriculothérapeutes qui ont dressé des cartes de cette oreille où l'espace semble le disputer au temps**. Mais peut-être reste-t-il encore un autre pas à franchir ? Celui qui intégrerait pleinement l'enveloppe somatopsychique du soignant à celle du soigné, par le biais des mécanismes de co-construction induits par la clinique et par le truchement d'un acte thérapeutique qui, pour être efficace, nécessite la cohérence partagée et non une simple persuasion à sens majoritairement unique.

### La pensée complexe offre un nouveau cadre de problématisation :

« Mieux (com)prendre et ne plus mutiler, ou générer son impuissance à agir par un syndrome venant en surimpression de la pathologie<sup>3</sup> ».

Une fois ces premières briques posées, il nous semble impossible de négliger plus longtemps un certain nombre de ce qui nous semble des évidences. Nous en citerons certaines : faire de la médecine, c'est faire société et politique ; penser c'est parfois traiter la pensée qui ignore qu'elle se mire à travers son propre miroir quand elle croit décrire le réel (ces problèmes de réflexions et références ont été abordés par Ricoeur avant nous) ; la capitulation existe dans la relation thérapeutique actuelle ; une clinique de la rencontre nécessite que soient pris en considération les « signes » du thérapeute.

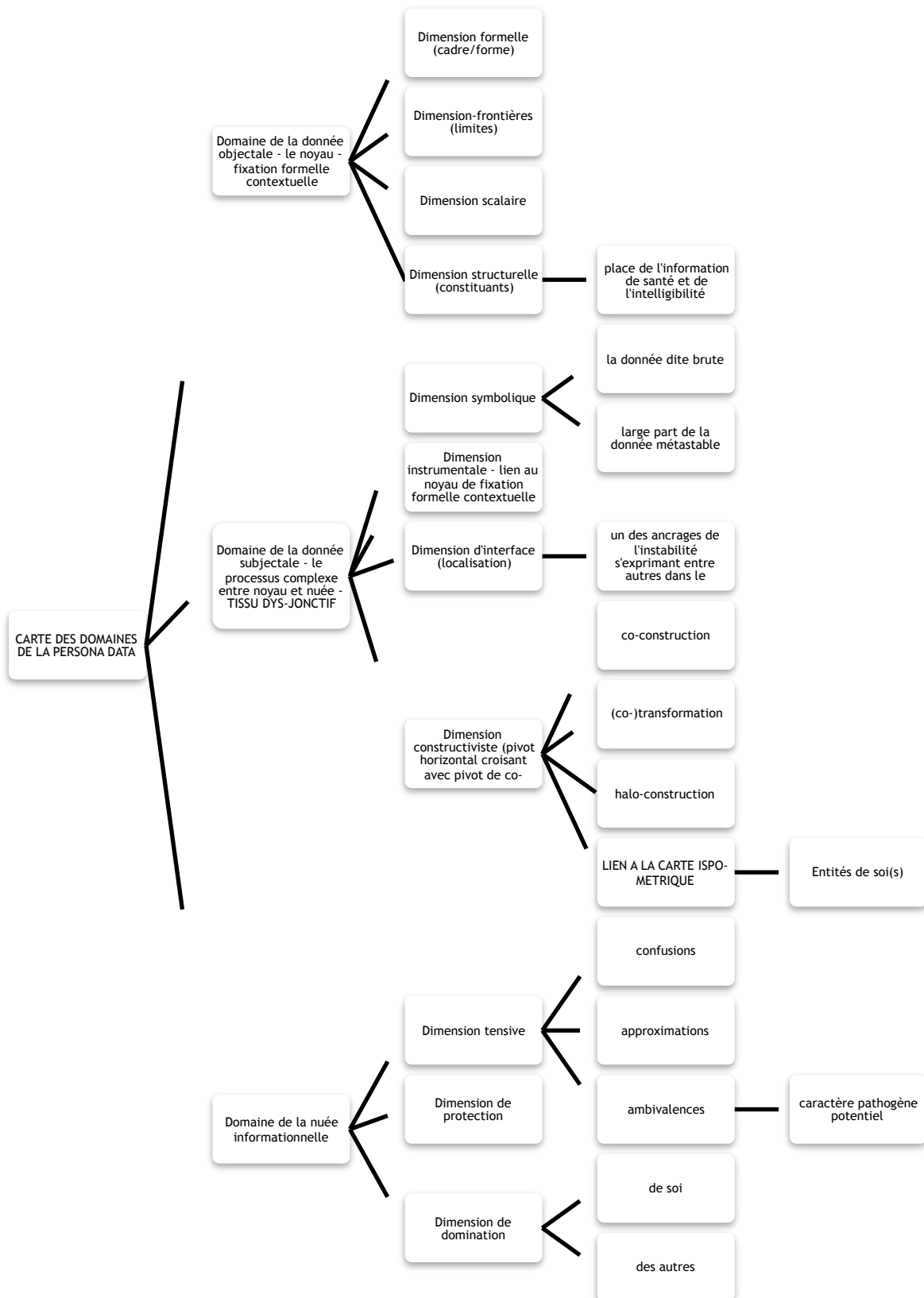
Nous pouvons alors reprendre les grandes problématiques une par une en nous assignant un devoir de problématisation au sens strict, c'est-à-dire de mise en exergues des tensions qui couvrent en fait, pour chaque domaine, l'ensemble de ces derniers : éthique, logique, épistémologique, pratique.

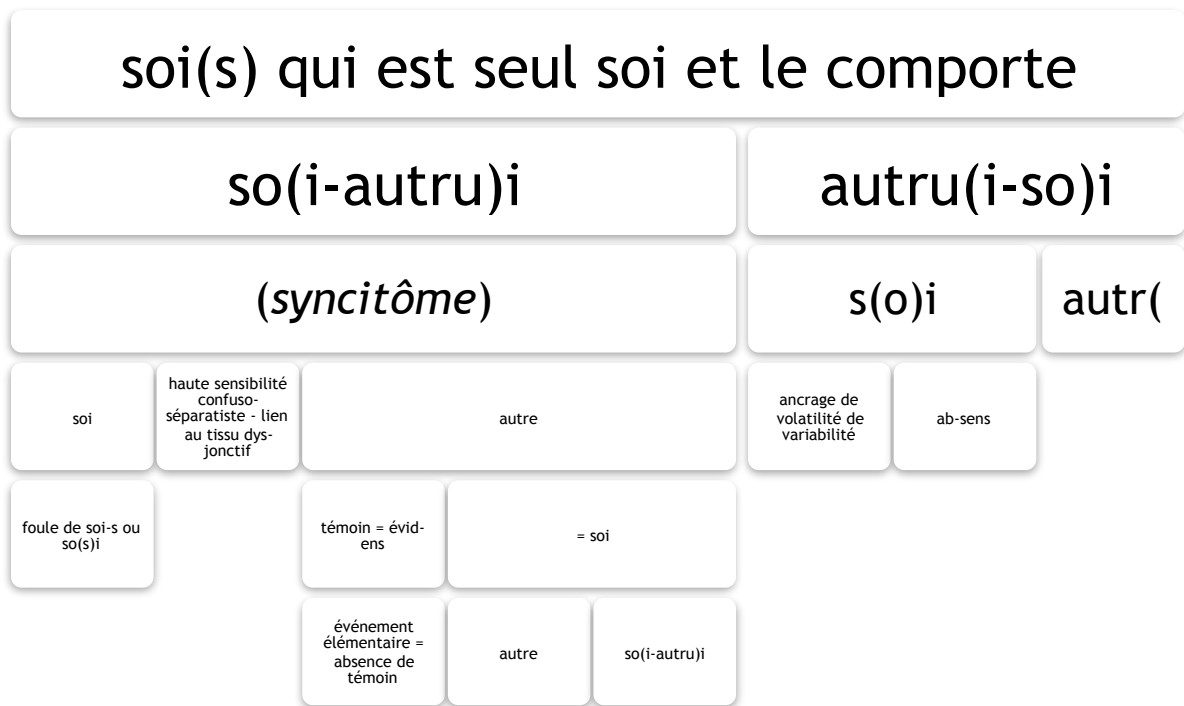
Problématiques **éthiques**. Illustration du traitement de la problématique relative à l'empire – emprise – des données de santé à caractère personnel, qui a donné lieu à l'établissement de premiers outils complexes applicables en clinique, les cartes persona data et ipsométrique (6). Ces cartes sont également le fruit d'une approche géométrique singulière de l'enveloppe somato-psychique, sous la forme d'un n-tope dite bouteille de Klein, dont la description trouvera sa place ailleurs que dans la présente communication. Des outils qui pourraient être

---

<sup>3</sup> N.d.A. : nous commençons à voir se dessiner ici des problématiques d'ordre éthique qui feront l'objet d'une autre communication.

intéressant pour inscrire la sémiologie propre à la médecine chinoise, mais également à l'auriculothérapie et toute thérapie souhaitant intégrer le rôle joué par le thérapeute non plus dans le seul soin, mais dans la clinique tout entière.





Ces cartes seront décrites à l'occasion de communications qui pourront être faites, si vous le souhaitez, à propos de la Consultation de Pensée Complexe en Santé (C.P.C.S.), suggérée en infra.

Description d'un **possible cheminement épistémologique** ayant pour point de départ la considération du poids de la relation et de sa pathologie. Et ce en appliquant les précautions éthiques imaginées précédemment.

Pertinence d' « une **approche complexe à plusieurs niveaux de complication(s)** » dans le cadre de « situations compliquées à plusieurs degrés de complexité ». Car la complexité peut apporter des solutions quand les complications, parfois directement en lien avec la modélisation, sont source de difficultés alimentant toujours plus de questions sans réponse. Quelle peut-être la place de la stratégie acupuncturale dans ce processus ?

### De la complexité à l'acupuncture et inversement : un dialogue incessant

En première lecture, **quels éléments dits « complexes » trouve-t-on dans la pratique de l'acupuncture** : place de l'hologrammatique (acupuncture balancée), place de la récursivité (intentionnalité ou modélisation n-tope et carte ipsométrique ?), place de la dialogique (abord des *san bao* et modélisation par le *taiyi/taiji* ou là encore carte ipsométrique ?)<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> N.d.A. : ces termes seront brièvement explicités lors de la présentation orale.

La pensée complexe nous mettrait dans les conditions de détection de liens entre les modèles, de méta-liens entre modèles et modélisateurs, puis de résolution au travers de modélisations transgressives pourvues de « points d'effondrement » dans la réalité même, sans cependant se confondre avec elle (ce qui réactiverait une problématique éthique).

**La pensée complexe pourrait non seulement être interlocutrice avec l'acupuncture, mais également médiatrice** entre cette dernière et la médecine scientifique occidentale. Un terrain de rencontre qui ne peut être à la croisée des deux (autre approche) mais dans la structuration complexe de *soi(s)* qui se concentre sur leurs liens selon cette dernière. Et en tant que clef à ce dialogue : **des tableaux cliniques non plus séparatistes mais distributifs.**

Nous abordons ainsi dans nos modélisations la **considération d'une possible abstraction de la dimension psychique sans pour autant nous réduire à une toute puissance de la somatisation.** Et ce par le truchement de nos cartes. Nous en arrivons à cette proposition du fait de notre démarche épistémologique originale, d'une intégration du noyau de La Méthode avec adaptation, et d'une application de la récursivité. Nous pourrions détailler ce qui porte sur le second élément et en particulier la notion d'adaptation, et en faire une des originalités de notre approche.

Vient ensuite le temps de l'**application pratique.** Car toute pensée n'acquiert son intérêt collectif que dans une praxis partagée. Certes il ne s'agit encore que de pistes. Elles seront présentées dans le cadre d'un travail dédié à ce que nous avons appelé la « thérapeutique de l'événement ». Il s'agit de rester transgressif et de construire à partir de la complexité et de ses applications des structures descriptives et modificatrice du « reflet sans objet » selon lequel *soi(s)* serait inscrit en lui-même, serait une partie du tout qu'il est en tant que *soi*. Ce pas de côté offre des perspectives insoupçonnées. **Être transgressif et rigoureux.** Nous nous garderons des seules deux options qui nous semblent imposées encore aujourd'hui : nous soumettre à un des courant du tétralemmes du corps-esprit ou verser dans un ésotérisme, d'une part incarcéré dans la démarche individuelle, et d'autre part non rationnel encore plus qu'irrationnel. La pensée de la complexité n'est pas complexification de la pensée mais l'inverse. Et il s'agit de s'orienter vers la pensée du complexe et non la seule pensée complexe – savoir-faire, savoir-être et « soi-voir ».

Nous pouvons ainsi voir se dessiner les contours de ce que serait une **Consultation de Pensée Complexe en Santé**, au service d'un patient qui n'est plus pris en charge mais dans un accompagnement réciproque, et alimentant les cartes et le corpus même de sa fondation. L'acupuncture apportera alors des éléments « de terrain » à la compréhension de la complexité, à sa modélisation prudente, au développement de nouveaux outils d'élaboration sémiologique et thérapeutiques.

Par ailleurs, les conséquences de ce glissement épistémiques ne sauraient être uniquement médicales. Nous pouvons citer les **conséquences sociales, politiques et artistiques.** Une



réflexion quant aux incidences possibles de notre positionnement face aux zélotes des fake-médecine nous semble également propre à être portée à la discussion.

Nous voyons donc que les allers-retours entre pensée complexe et « pensée acupuncturale » témoignent d'une grande proximité et en définitive d'une seule et même pensée clinique, celle de ce que nous appelons encore le Vivant. Une pensée qui se garde de confondre le modèle et le réel, et qui ne se laisse pas illusionner par les difficultés qui peuvent conduire à croire qu'elle observe le réel quand en réalité elle se regarde passer.

### Remerciements :

Merci à Mr Edgar MORIN pour son soutien moral et épistolaire à nos projets d'application de la pensée complexe en santé.

**Dr Sébastien Abad**

Praticien hospitalier au C.H.U. de Nantes, Service Interdisciplinaire Douleur, Soins Palliatifs et de Support, Ethique et Médecine Intégrative. Médecin de la douleur, médecin en soins palliatifs, acupuncteur, master II éthique médicale.

[abadsebastien@gmail.com](mailto:abadsebastien@gmail.com)

Président de l'association NAULIMUS.

[naulimus@gmail.com](mailto:naulimus@gmail.com)

### Bibliographie succincte

- (1) –C.N.T.R.L. (2021). *Définition de « complexe »*. En ligne <https://www.cnrtl.fr/definition/complexe>, consulté le 12/09/2021.
- (2) Morin, E. (2008, octobre). *La médecine et les médecines*. Communication présentée au Séminaire international intitulé « L'Intégration des Médecines Traditionnelles et Complémentaires dans les Systèmes Sanitaires Publics », Florence, Italie.
- (3) Whitehead, A.N. (2004). *Modes de Pensée*. Paris : VRIN.
- (4) Héraclite (2017). *Fragments recomposés. Présentés dans un ordre rationnel par Marcel Conche*. Paris : P.U.F.

- (5) Fortin, R. (2021). *Penser avec Edgar Morin*. Laval (Canada) : Hermann, presses de l'université Laval.
- (6) Abad, S. (2021). *Pourquoi les données personnelles de santé ne sont pas des données. De la nécessité d'un pas de côté dans la complexité*. Mémoire pour le Master II d'éthique médicale, Université de Nantes, France. Soutenu publiquement le 08/06/2021.