CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

RÉFLEXOTHÉRAPIE OCCIPITO-PODALE ET PATHOLOGIE ARTICULAIRE DES MEMBRES

Guy Boitout, Jean-Pierre Vadala

ALN éditions | « Hegel »

2022/3 N° 3 | pages 224 à 229

ISSN 2269-0530
DOI 10.3917/heg.123.0224

Article disponible en ligne à l'adresse :

---

https://www.cairn.info/revue-hegel-2022-3-page-224.htm

Distribution électronique Cairn.info pour ALN éditions.
© ALN éditions. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

© ALN éditions | Téléchargé le 06/12/2022 sur www.cairn.info (IP: 78.197.221.25)

Hegel Vol. 12 N° 3 - 2022

DOI : 10.3917/heg.123.0224

Article original

Réflexothérapie occipito-podale et pathologie articulaire des membres

Occipito-podal reflex therapy and joint pathology of the limbs

Guy Boitout[1], Jean-Pierre Vadala[2]

1. Ostéopathe DO, kinésithérapeute, réflexothérapeute, 17, rue du Coq - 45600 Sully sur Loire
2. Kinésithérapeute, réflexothérapeute, Le Clos St Louis, 73100 Aix les Bains
Les deux auteurs sont enseignants à l'Association Française de Réflexologie
guyboitout.osteo@free.fr

Résumé

La médecine distingue la réflexologie des réflexothérapies, apanage des professionnels de santé. La réflexothérapie occipito-podale est une podo-réflexothérapie de type topique. Ses bases scientifiques sont celles de la médecine. Ses indications sont la médecine du sport et l'arthrose. La représentation en 3D du corps dans le pied est une originalité de cette thérapie manuelle. Le traitement est envisagé avec une vision globale où tous les systèmes concourent à la restauration articulaire.

Mots clés

Réflexothérapie ; Métamérique ; Topique ; Mécanorécepteurs

Abstract

Medicine distinguishes reflexology from reflex therapies, exclusive to health professionals. Occipito-podal reflex therapy is a topical type of podo-reflex therapy. Its scientific bases are those of medicine. Its indications are sports medicine and osteoarthritis. the 3D representation of the body in the foot is an originality of this manual therapy. Treatment is envisaged with a global vision where all systems contribute to joint restoration.

Keywords

Reflex therapy; Metameric; Topical; Mechano-receptors

Réflexologie et Réflexothérapie

Dans son livre *Grand manuel de Réflexothérapie*, le Dr Philippe Malafosse donne une définition de la réflexologie : « une pratique manuelle de pression et d'effleurage (sur des zones réflexes des pieds, des mains, du visage, pour agir à distance sur des régions du corps ») [1]. Elle rentre dans le concept de bien-être... Bien qu'elle revendique sa place dans le champ d'application de la prévention, elle reste dans le giron des moyens d'accompagnement non thérapeutique. Plus loin, il poursuit : « la réflexologie ne peut, en aucun cas, être assimilée à des soins médicaux et de kinésithérapie, mais à une technique de bien-être pour la relaxation physique et la détente libératrice de stress ».

« Les réflexothérapies, quant à elles, sont l'apanage des professionnels de santé qui ont suivi un cursus médical ou paramédical. Le terme thérapie implique un diagnostic comportant l'interrogatoire, l'examen clinique, si besoin la prescription, des bilans complémentaires et un avis spécialisé ». A la suite de quoi, un plan de traitement ou non est proposé selon qu'il relève ou non de son champ d'application.

Mais tant pour la réflexologie que la réflexothérapie, le Dr Malafosse conclut : « les deux possèdent un point commun, celui de présenter une alternative ou un complément aux thérapies classiques... Une fois le malade cadré et traité, rien n'empêche une prise en charge complémentaire de confort ». Des essais

© aln.editions

© ALN éditions | Téléchargé le 06/12/2022 sur www.cairn.info (IP: 78.197.221.25)

cliniques sont notamment en cours pour réduire les effets secondaires des traitements de chimiothérapie, responsables de neuropathies périphériques.

La réflexothérapie occipito-podale ROP

La ROP est à ranger dans la podo-réflexothérapie, terme que l'on doit au Dr René Bourdiol [2]. Elle trouve son origine dans la réflexologie plantaire occidentale dont les initiateurs sont les Docteurs Fitzgerald et Riley, ainsi que la physiothérapeute américaine Eunice Ingham dont le livre *Story the feet can tell* (1938) fit connaître la méthode Ingham dans le monde entier [3]. Malgré les années, ses adeptes contemporains s'éloignèrent peu de sa méthode, de sa cartographie des zones réflexes, de sa technique et de son concept.

Les kinésithérapeutes français, nombreux à s'initier à cette méthode dans les années 70 et 80, s'en détournèrent à cause de la pauvreté des zones réflexes des membres et donc du peu d'efficacité, et revinrent vers des techniques plus conformes à leur cursus et à la prescription médicale.

Plutôt que d'abandonner la méthode Ingham dans notre pratique quotidienne de kinésithérapeutes ou d'ostéopathes, en milieu hospitalier ou en cabinet libéral, nous avions acquis la conviction que le pied n'avait pas livré tous ses secrets : une représentation en 3D du corps dans le pied prenait progressivement forme sous l'apparence d'un bébé enroulé en siège décomplété, rappelant celle du fœtus dans le pavillon de l'oreille en auriculothérapie. Nous donnions à cette réflexothérapie du pied le nom de ROP, car, en plus des zones réflexes podales, nous avons ajouté les zones réflexes occipitales, témoins de l'activité de la formation réticulaire du tronc cérébral, voie de passage obligée des voies nerveuses ascendantes et descendantes entre la moelle épinière et le cerveau. Elles sont d'un grand intérêt diagnostique et thérapeutique.

Bases scientifiques

Même si une part d'empirisme persiste, encore fallait-il que la ROP évoluât vers un concept reposant sur des bases scientifiques fondamentales de la médecine : l'histologie, l'embryologie, la physiologie, la physiopathologie, et que la représentation en 3D soit fidèle à l'anatomie.

Nous ne ferons que rappeler ces bases scientifiques qui ont été développées par ailleurs par le Professeur Jean Bossy [4, 5], les Docteurs Dominique Bonneau [6], Philippe Malafosse [1] et Yves Rouxeville [7].

Histologie de la peau

« La peau est un organe sensoriel, c'est l'organe du toucher » [7]. Elle est le terrain de jeu des réflexothérapies.

Au cours du congrès de la FEMMO à Mulhouse, en 2003, ou au congrès du GETCOP à Nancy, en 2018, le Dr Bonneau intitulait son intervention « La peau, du diagnostic à la thérapeutique » : « la peau est un lien de convergence entre le système nerveux de la vie de relation et le système nerveux autonome. Elle est capable de focaliser, en superficie, les informations provenant des organes ».

La peau est riche en récepteurs tactiles, algiques et thermiques. Ceux qui intéressent la réflexothérapie occipito-podale sont les récepteurs tactiles ou mécanorécepteurs, sensibles à la pression : les corpuscules de Meissner « enchâssés dans les papilles dermiques, c'est-à-dire les avancées du derme repoussant l'épiderme. Ils assurent une sensibilité superficielle de notre tact » [1]. Dès que la pression déforme la membrane basale, les corpuscules de Meissner déclenchent des potentiels d'action, parcourant les voies de la sensibilité fine et épicritique du système lemniscal, volontairement choisi dans notre technique par la rapidité et la précision des messages nerveux qu'il véhicule, par sa riche somatotopie au niveau du cerveau et parce que le système lemniscal exerce un contrôle de la douleur, véhiculée par le système extra-lemniscal (théorie du gate control). Les corpuscules de Meissner se trouvent préférentiellement au niveau de la peau glabre : plante des pieds, paume de la main et lèvres.

© aln.editions

© ALN éditions | Téléchargé le 06/12/2022 sur www.cairn.info (IP: 78.197.221.25)

Au niveau de la face dorsale des pieds et des mains, nous recrutons les disques de Merkel, situés dans la couche profonde de l'épiderme au contact de la membrane basale du derme. Ils sont de densité élevée dans les zones glabres selon le Dr Rouxeville et d'une discrimination fine [7].

Embryologie

Les organes sensoriels et le système nerveux sont issus du même feuillet embryologique : l'ectoderme. Ce sont de véritables prolongements embryologiques de notre système nerveux central. Agir sur la peau, c'est aussi agir sur le système nerveux. C'est la Loi de Bossy sur la conservation de l'organisation du système nerveux, au niveau des centres, des faisceaux de substance blanche et à la périphérie au niveau des organes sensoriels [4, 5].

Neurophysiologie

Toute thérapeutique, utilisant les mécanismes réflexes, est subordonnée à un mode de régulation de l'organisme, appartenant à des enchaînements stimuli-réponses. C'est par ce dispositif que se définit l'activité réflexe.

Les circuits nerveux, par lesquels les messages nerveux alimentent l'activité réflexe, sont ceux du système nerveux somatique et du système nerveux autonome. En cas de dysfonctions, se mettent en place les boucles réflexes pathologiques somato-viscéro-réticulo-cortico-occipito-podales du système extra-lemniscal. L'action thérapeutique met en jeu la boucle réflexe occipito-podo-réticulo-cortico-somato-viscérale du système lemniscal dans le but de déstructurer la boucle réflexe pathologique.

Physiopathologie

Dès qu'un organe innervé est en dysfonction, celle-ci se manifeste sur la peau au niveau métamérique et au niveau topique :

- *La représentation métamérique* : l'être humain a conservé en partie une organisation segmentaire au niveau de la colonne vertébrale où tous les éléments - dermatome, myotome, viscérotome, angiotome, sclérotome - issus d'un même segment de moelle (ou neurotome), ont des rapports constants entre eux. Ainsi, dès qu'un des éléments est en dysfonction, tous les autres éléments, dépendant du même neurotome, le sont aussi. Au niveau du dermatome, « la peau est épaissie, plus dure, plus sensible que la peau environnante » [1]. On parle alors de dermalgies réflexes, terme que l'on doit au Dr Henri Jarricot. Ces dermalgies sont détectables par la technique manuelle du pincer-rouler. Cette organisation métamérique est à l'origine des réflexothérapies thoraco-abdominales de E. Dicke [9], H. Teirich-Leube [10] et de W. Kohlrausch [11] ;
- *La représentation topique* : pour le Pr Jean Bossy, « les organes sensoriels sont des zones privilégiées qui ont conservé l'organisation topique du système nerveux central et qu'on peut définir comme la reproduction dans différentes structures de la séquence spatiale de l'innervation périphérique. Ainsi trouve-t-on une organisation somatotopique, viscérotopique, tonotopique, rétinotopique, etc. Comme dans différentes zones préférentielles de l'organisme, le pied montre une représentation topique de l'organisme qui met en jeu les étages supra-segmentaires. C'est la formation réticulaire du tronc cérébral qui semble être le centre le plus important pour expliquer l'ensemble des phénomènes prenant origine au niveau des différents microsystèmes, du pied en particulier » [4], d'où l'intérêt des zones occipitales, reflet de l'activité de la formation réticulaire.

Au niveau des pieds et des mains, on ne parle plus de dermalgies réflexes, le pincer-rouler n'étant pas possible, mais plus volontiers de zones réflexes se présentant à la palpation sous l'aspect de microcristaux comparables à des grains de sable ou de sel cristallisé. Leur détection et leur utilisation à des fins thérapeutiques sont à l'origine de la réflexologie et de la podo-réflexothérapie.

La sensation de petite piqûre ressentie par le patient lors du massage de la couche épidermo-dermique est le signe de la présence d'une zone réflexe.

Cependant, que ce soient les dermalgies réflexes ou les zones réflexes, elles n'expriment pas l'aspect d'une vertèbre, d'un muscle ou d'un organe mais son fonctionnement neurologique. « Elles n'existent pas à l'état normal, elles ne se manifestent qu'en cas de phénomènes pathologiques. Leur présence ne préjuge pas du diagnostic étiologique » [1]. En d'autres termes, le diagnostic ne se fait pas par le pied

© aln.editions

© ALN éditions | Téléchargé le 06/12/2022 sur www.cairn.info (IP: 78.197.221.25)

ou la main mais par l'interrogatoire et l'examen clinique. Ce n'est qu'ensuite qu'on peut donner un nom à la zone réflexe. Cette notion est d'autant plus vraie que des zones réflexes peuvent se superposer du fait de la représentation du bébé enroulé sur le pied. Exemple [12, 13] :

- **Sur l'arche interne du pied**, entre la malléole tibiale et la tête du 1er métatarse, peuvent se projeter :
  - L'hémi-canal rachidien homolatéral ;
  - Le plan sagittal médial du membre inférieur homolatéral ;
  - Le plan sagittal latéral du membre supérieur homolatéral (en position fœtale, le membre supérieur est en rotation interne et non en position anatomique standard.
- **Sur l'arche externe du pied**, entre la malléole fibulaire et la tête du 5ème métatarse, peuvent se projeter :
  - 1. Le plan sagittal latéral du thorax homolatéral ;
  - 2. Le plan sagittal latéral du membre inférieur homolatéral ;
  - 3. Le plan sagittal médial du membre supérieur homolatéral.
- **Sur la face plantaire**, entre le bord antérieur du talon et la tête des métatarses, peuvent se projeter :
  - 1. Le plan frontal antérieur thoraco-abdominal homolatéral ;
  - 2. Le plan frontal postérieur du membre inférieur homolatéral ;
  - 3. Le plan frontal antérieur du membre supérieur homolatéral.

L'apparition des dermalgies et des zones réflexes sont la conséquence d'une hyper sympathicotonie. Le système sympathique contrôle la vascularisation du riche réseau artério-veineux cutané des extrémités, mains et pieds, ainsi que la trophicité et la nociception de la peau. L'hyper sympathicotonie liée à la dysfonction, crée une vasoconstriction, des troubles trophiques dont la résultante est la présence des dermalgies et des zones réflexes. En ce sens, le système sympathique, qui est présent dans tout le corps, est le vecteur de la représentation topique.

Approche thérapeutique des pathologies articulaires

« Une bonne fonction articulaire nécessite l'intégrité de l'ensemble des pièces constituant une articulation et une bonne coopération entre elles. Elle nécessite également la participation des autres systèmes, qui assurent la maintenance et le renouvellement cellulaire, - neurologique, viscéral, postural, vasculaire et même psycho-émotionnel - afin de compenser leur usure provoquée par un usage excessif, par de mauvaises positions, par des traumatismes ou plus généralement pour permettre à l'articulation de s'adapter à son environnement » [14-16]. En prenant le genou comme exemple, les indications les plus fréquentes sont celles de la médecine du sport : séquelles d'entorses et de fractures, tendinopathies, syndromes rotuliens et gonarthrose.

Technique

Elle est exclusivement manuelle, la pression exercée doit solliciter les mécanorécepteurs cutanés au départ du système lemniscal. Elle est pratiquée avec la pulpe du pouce ou l'inter-phalangienne proximale de l'index, selon l'épaisseur de la peau du pied. On peut la diviser en trois temps :

- Le temps du diagnostic textural : la recherche des zones réflexes ;
- Le temps thérapeutique : la manœuvre consiste à mobiliser la peau au niveau de la zone réflexe pour solliciter les mécanorécepteurs situés dans la couche épidermo-dermique afin de réinformer les centres nerveux supérieurs chargés d'apporter les ordres correcteurs aux régions du corps en dysfonctions ;
- Le temps de « laisser faire et du ne rien faire » dans l'attente de la réponse des tissus cutanés. Ce n'est pas la manœuvre en soi qui est curative mais la réponse de l'organisme qui se manifeste au niveau des zones réflexes par une amélioration de la texture de la peau. La réponse de l'organisme dépend de son potentiel de guérison, de sa vitalité, du caractère fonctionnel ou lésionnel de la pathologie, de la phase dans laquelle évolue cette pathologie, l'alarme, la résistance ou l'épuisement du syndrome général d'adaptation, décrit en 1936 par le Pr H. Selye [17].

© aln.editions

© ALN éditions | Téléchargé le 06/12/2022 sur www.cairn.info (IP: 78.197.221.25)

Zones réflexes du genou sur le pied

Elles sont visualisées dans tous les plans de l'espace (en jaune : le système ostéo-articulaire, en rouge : les muscles, en vert : les nerfs).

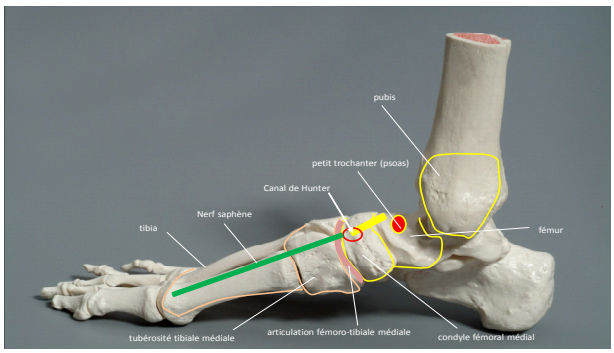

Figure 1.
Plan sagittal médial du membre inférieur

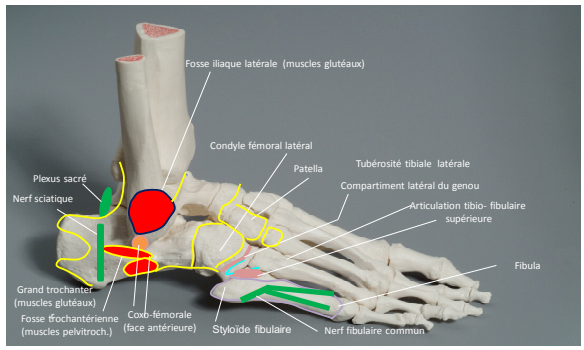

Figure 2
Plan sagittal latéral du membre inférieur

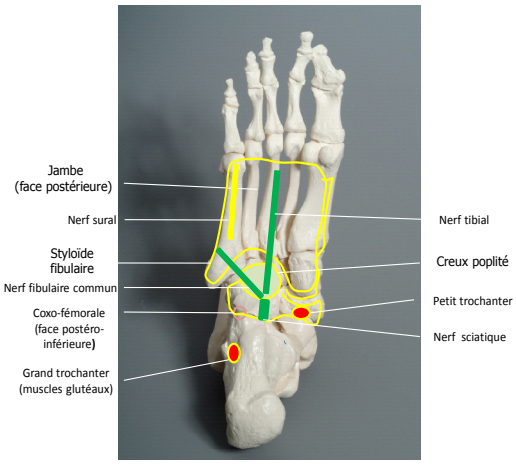

Figure 3
Plan frontal postérieur du membre inférieur

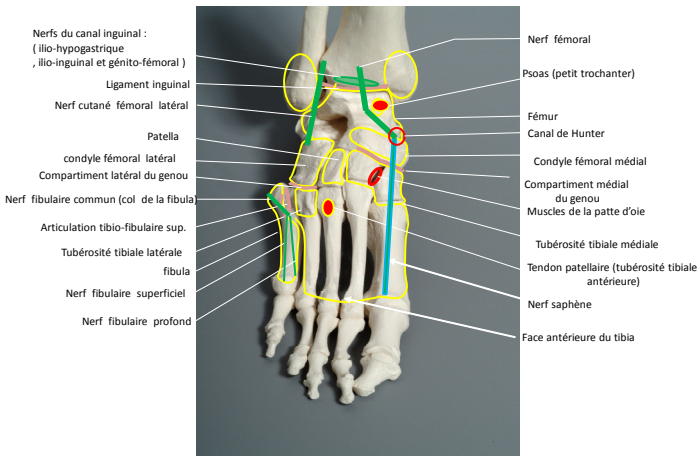

Figure 4
Plan frontal antérieur du membre inférieur

Organisation métamérique

Le système nerveux est sans aucun doute la voie royale des réflexothérapies. L'innervation somatique du membre inférieur est assurée par les nerfs du plexus lombaire (neurotomes L1 à L4) et du plexus sacré (neurotomes L4 à S3). L'innervation orthosympathique dépend des neurotomes T11 à L2 [18].

Le massage des zones réflexes de la colonne vertébrale de T11 à L3 sur le pied, exerce son action thérapeutique sur l'innervation somatique et autonome et, par celle-ci, sur tous les éléments sous la dépendance de ces neurotomes. Le nerf sinu-vertébral est le lien entre les deux systèmes somatique et autonome. Le colon, les reins et les organes pelviens reçoivent l'innervation orthosympathique des neurotomes de T11 à L2.

Cette interaction n'existe pas en l'état normal. Elle ne se manifeste qu'en cas de pathologie. L'existence de douleurs au niveau des membres inférieurs, sans notion de traumatisme ou d'arthrose, peuvent être d'origine viscérale par leurs lien métamérique avec les viscères précités : ce sont des douleurs projetées, on parle alors de relation viscéro-somatiques [18].

Système psycho-émotionnel

« Les états de stress prolongés contraignent les personnes à adapter des attitudes pouvant affecter la posture, la respiration et le jeu articulaire de la colonne vertébrale et des membres » [7].

© aln.editions

© ALN éditions | Téléchargé le 06/12/2022 sur www.cairn.info (IP: 78.197.221.25)

En cas de stress, « Le traitement d'une articulation peut nécessiter d'agir sur les zones réflexes du cerveau limbique, siège de notre mémoire émotionnelle et sur celles du diencéphale, chef d'orchestre des systèmes nerveux et hormonal » [14, 15]. Ces zones se trouvent à la face plantaire de la phalange distale des gros orteils.

Dans notre vision globale du traitement d'une articulation, nous replaçons l'articulation dans son contexte, non seulement ostéo-musculo-articulaire (syndrome locorégional) mais également avec ses liens neurologique, viscéral, vasculaire et émotionnel (syndrome général d'adaptation).

Conclusion

L'essence même des réflexothérapies est de faire circuler l'information dans l'organisme. Notre but est de rechercher où est l'origine de la dysfonction puis d'aider les capacités naturelles de l'organisme à restaurer cette fonction.

Par son action à distance, la ROP contribue à diminuer la douleur, à restaurer la mobilité et la vascularisation des articulations et de leur membrane synoviale, si importante pour nourrir le cartilage dépourvu de vaisseaux et de nerfs. Elle facilite le traitement kinésithérapique ou ostéopathique.

Nous voudrions terminer cet article en citant J.P. Barral et A. Croibier [14, 15], nos maîtres en ostéopathie : « Un peu à contre-courant de *l'Evidence Based Medicine*, très en vogue actuellement, ce que nous proposons dans le livre *Nouvelle approche manipulative, Membre supérieur* est entièrement *practice based*. Nous n'en ressentons ni fierté ni gêne, car nous sommes persuadés que les deux approches sont complémentaires. Des techniques innovantes et efficaces ne peuvent provenir que d'une technique connectée à la réalité des patients qui souffrent. Fournir des preuves d'efficacité incombe à des protocoles de recherche rigoureux qui respectent une méthodologie précise. Chacun se positionne selon ses affinités et sa pratique, mais chaque approche a ses limites ».

Références

1. Malafosse Ph. Grand Manuel de réflexothérapie. Dunod, 2020
2. Bourdiol RJ. Podo-réflexo-cinésiologie. Ed. Maisonneuve, 1986
3. Ingham E. Story the feet can tell, 1938 Ingham Publishing, INC,
4. Bossy J. Bases Neurobiologiques des réflexothérapies. Masson, 1978
5. Bossy J. Les circuits nerveux de la réflexologie du pied, Annales de kinésithérapie. Ed. Spek 1982
6. Bonneau D. Thérapeutique manuelle. Dunod, 2017
7. Rouxeville Y. Abrégé de physiologie à l'usage des acupuncteurs et des réflexo-thérapeutes. Springer, 2013
8. Jarricot H. Sur certains états douloureux : viscéralgies, dermalgies réflexes, cellulies et quelques phénomènes réflexes d'origine thérapeutique. Thèse, 1932
9. Dicke E. Thérapie manuelle des zones réflexes du tissu conjonctif. Maloine, 1972
10. Teirich-Leube H. Le massage du tissu conjonctif dans les zones réflexes. A. Appell, 1961
11. Kohlrausch W. Massage des zones réflexes dans la musculature et dans le tissu conjonctif. Masson, 1972, 3e éd.
12. Boitout G, Vadala JP. Réflexothérapie occipito-podale. Elsevier Masson 2015
13. Boitout G, Vadala JP. Réflexothérapie occipito-podale et système neuro-méningé, Elsevier Masson 2021
14. Barral JP. Croibier A. Manipulation des nerfs périphériques. Elsevier Masson, 2004.
15. Barral JP. Croibier A. Nouvelle approche manipulative, Membre supérieur. Elsevier Masson, 2011.
16. Barral JP. Croibier A. Nouvelle approche manipulative, Membre inférieur. Elsevier Masson, 2013
17. Selye H. The Physiology and pathology of Exposure to Stress. Acta Endoerinologica, Montréal, 1950
18. Lazorthes G. le système nerveux périphérique. Masson, 1981

Lien d'intérêt : aucun

© aln.editions

© ALN éditions | Téléchargé le 06/12/2022 sur www.cairn.info (IP: 78.197.221.25)