



Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes

**LIENS CONCEPTUELS ENTRE RÉFLEXES ARCHAÏQUES ET OSTÉOPATHIE :
ACTIONS ET INFLUENCES CROISÉES ?**

**BARBE
Adrien**

**PROMOTION 14
2018-2022**



Bretagne Ostéopathie SARL
Parc Monier - Bât Artémis - 167A, Rue de Lorient • 35000 RENNES • Tél : 02 99 36 81 93 • Fax : 02 99 38 47 65
www.bretagne-osteopathie.com • contact@bretagne-osteopathie.com
CODE APE 8539A - N° Siret 504 423 302 00026 - Agrément Préfectoral N° 2015-07
Déclaration d'activité enregistrée sous le n°53350846435 auprès du préfet de la région Bretagne. (Ce n° ne vaut pas agrément de l'état).

REMERCIEMENTS

Ce Travail d'Etude et de Recherche (TER) est l'aboutissement de quatre années difficiles, sur le plan logistique (trajets mensuels entre Rouen et Rennes), sur le plan professionnel et personnel (concilier le travail, les études et la vie de famille) et sur l'engagement ainsi que l'exigence imposés par l'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes (IFSO-R). Mais c'est aussi quatre années durant lesquelles j'ai pris énormément de plaisir à apprendre, réfléchir, répéter des mouvements comme un enfant apprend à faire du vélo, échanger sur l'ostéopathie et rencontrer des personnes passionnées par cet art thérapeutique.

Je tiens donc à remercier, en premier lieu, ma tutrice et directrice de l'école, Héliène Duval, pour son investissement dans l'élaboration de ce TER.

Je tiens à remercier les équipes pédagogique et administrative de l'IFSO-R pour leurs aides et remarques toujours pertinentes.

Je tiens à remercier les intervenants rencontrés lors de formations « kiné ». La plupart étaient à la fois masseurs-kinésithérapeutes et ostéopathes, il était donc évident pour moi de repartir à « la base » en faisant cette école.

Je tiens à remercier Oswald Tanchot, l'ancien entraîneur du Havre AC, club de football professionnel dans lequel je travaille actuellement, qui a accepté que je démarre cette formation, mais aussi le président du club, Vincent Volpe, qui l'a financé.

Je tiens à remercier mes deux camarades, Simon Barbier et Tanguy Prevosto, avec qui j'ai passé de très bons moments durant ce cursus.

Je tiens à remercier les quatre praticiens ostéopathes qui ont pris de leur temps personnel pour répondre aux questions lors des entretiens.

Je tiens à remercier mon amie, Laura Marteau, qui a pris la peine de relire ce travail et corriger toutes mes petites fautes de français.

Et je tiens à remercier ma compagne, Camille Blot, qui a supporté mes absences chaque mois, et qui a réalisé les magnifiques illustrations de la première partie de ce mémoire.

Merci à vous !

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE	4
Table des figures et des tableaux	6
Liste des abréviations	7
INTRODUCTION	8
1. PROBLÉMATIQUE ET ÉTAT DES LIEUX DES RÉFLEXES ARCHAÏQUES	9
1.1. MODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	9
1.2. DÉFINITION DES RÉFLEXES ARCHAÏQUES	9
1.3. PRINCIPAUX RÉFLEXES RECENSÉS	11
1.3.1. Réflexe Tonique Asymétrique du Cou (RTAC)	11
1.3.2. Réflexe Tonique Symétrique du Cou (RTSC)	14
1.3.3. Réflexe Tonique Labyrinthique (RTL)	15
1.3.4. Réflexe de préhension plantaire (Grasping plantaire)	18
1.3.5. Réflexe de préhension palmaire (Grasping palmaire)	19
1.3.6. Réflexe de Moro	21
1.3.7. Réflexe de Galant	23
1.4. CORRÉLATIONS ENTRE PATHOLOGIES, TROUBLES ET RÉFLEXES ARCHAÏQUES	24
1.4.1. Paralysie cérébrale	24
1.4.2. Enfance, TDAH et troubles « dys- »	25
1.4.3. Troubles à l'âge adulte et pathologies neuro-dégénératives du sujet âgé	28
2. MODÈLE FONDAMENTAL DE L'OSTÉOPATHIE STRUCTURELLE (MFOS)	30
3. HYPOTHÈSES DE LIEN ENTRE RÉFLEXES ARCHAÏQUES ET OSTÉOPATHIE	32
4. MATÉRIEL ET MÉTHODES : CONSTRUCTION AUTOUR DE L'ENTRETIEN	33
4.1. TYPE DE RECHERCHE	33
4.2. POPULATION CIBLÉE ET CONTACTÉE	33
4.3. CONTENU ET DÉROULEMENT DE L'ENTRETIEN	33
5. RÉSULTATS DES ENTRETIENS	35
5.1. PRÉSENTATION DES INTERVIEWÉS	35
5.2. PATIENTÈLE AU CABINET	35
5.3. ABORD DES RÉFLEXES EN CABINET	36
5.4. INDICATIONS AUX BILANS « RÉFLEXES »	36
5.5. PRÉCISIONS SUR LES RÉFLEXES	37
5.6. LIEN ENTRE OSTÉOPATHIE ET RÉFLEXES	37

5.7. RÉPONSES PERSONNELLES AUX HYPOTHÈSES DE TRAVAIL	38
6. DISCUSSION	41
6.1. STRUCTURE DE L'ENTRETIEN	41
6.2. CORRÉLATIONS ENTRETIENS-LITTÉRATURE	41
6.3. NOTIONS DE POSTURE ET DE DÉSÉQUILIBRES	42
6.4. COMPATIBILITÉ AVEC LE MFOS	44
CONCLUSION	47
BIBLIOGRAPHIE	48
SOMMAIRE DES ANNEXES	51
Annexe 1 : Interview n°1	52
Annexe 2 : Interview n°2	58
Annexe 3 : Interview n°3	62
Annexe 4 : Interview n°4	70

Table des figures et des tableaux

- Figure 1. Construction de la recherche bibliographique
- Figure 2. Chronologie d'évolution des réflexes au cours de la vie
- Figure 3. Processus simplifié d'intégration d'un réflexe primitif
- Figure 4. Araignée des familles et des réflexes présentés dans ce travail
- Figure 5. RTAC droit actif chez un nouveau-né
- Figure 6. RTAC droit testé chez un enfant en position quadrupédique
- Figure 7. RTAC gauche testé chez un enfant en position debout
- Figure 8. RTSC actif en extension
- Figure 9. RTSC actif en flexion
- Figure 10. RTSC en extension testé chez un enfant
- Figure 11. RTSC en flexion testé chez un enfant
- Figure 12. RTL en flexion actif chez un nouveau-né
- Figure 13. RTL en extension actif chez un nouveau-né
- Figure 14. RTL en extension testé chez un enfant
- Figure 15. RTL en flexion testé chez un enfant
- Figure 16. Grasping plantaire actif sous le pied gauche chez un nouveau-né
- Figure 17. Signe de Babinski gauche positif
- Figure 18. Grasping palmaire droit actif chez un enfant ou un adulte
- Figure 19. Réflexe de Moro actif chez un nouveau-né
- Figure 20. Réflexe de Moro testé chez une adulte
- Figure 21. Réflexe de Galant actif côté gauche chez un nouveau-né
- Figure 22. Réflexe de Galant testé chez un enfant
- Figure 23. Processus d'installation de la lésion : synthèse
- Figure 24. Guide d'entretien semi-dirigé
- Figure 25. Récapitulatif d'une réponse possible à l'hypothèse 2
- Figure 26. Illustration d'un RTAC droit
- Figure 27. Première proposition de prise en charge en cabinet
- Figure 28. Deuxième proposition de prise en charge en cabinet
-
- Tableau 1. Description des quatre ostéopathes interviewés
- Tableau 2. Réponses des interviewés aux deux hypothèses
- Tableau 3. Entretiens : variabilité des dates et des durées
- Tableau 4. Exemples de prises en charge de patients par les ostéopathes interviewés

Liste des abréviations

ADNA	= Area of Diffusion Neural Activation
ATNR	= Asymmetric Tonic Neck Reflex
AVC	= Accident Vasculaire Cérébral
BR	= Brain Reflexes
CIES	= Collège International d'Étude de la Statique
CPQ	= Conner's Parent Questionnaire
Grasping	= Agrippement
IFSO	= Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie
ITW	= Interviewé
IMP	= Intégration Motrice Primordiale
LTR	= Lésion Tissulaire Réversible
MFOS	= Modèle Fondamental de l'Ostéopathie Structurale
MOT 4-6	= Motor Proficiency Test 4-6 ans
NSPP	= Ne Se Prononce Pas
PC	= Paralysie Cérébrale
P-DTR	= Proprioceptive - Deep Tendon Reflex
PVA	= Potentiel Vital Actualisé
RMT®	= Rhythmic Movement Training
RPP	= Réflexe de Peur Paralysante
RPT	= Réflexe de Protection des Tendons
RTAC	= Réflexe Tonique Asymétrique du Cou
RTL	= Réflexe Tonique Labyrinthique
RTSC	= Réflexe Tonique Symétrique du Cou
SNC	= Système Nerveux Central
SQS	= Structure Qui S'exprime
Startle	= Surprise/Sursaut
STNR	= Symmetric Tonic Neck Reflex
TAHA	= Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
TER	= Travail d'Étude et de Recherche
TLR	= Tonic Labyrinthine Reflex

INTRODUCTION

Le monde des réflexes est vaste, complexe et passionnant. Les recherches scientifiques continuent d'exister dans ce domaine. Pour tout corps médical et paramédical, il est important d'en connaître ses fondements. Dans ce mémoire, nous aborderons plus particulièrement les réflexes archaïques, ou primitifs. Ils nous permettent de survivre, de vivre, à travers leur présence ou au contraire leur absence relative.

Je ne suis pas un expert en la matière, j'ai passé beaucoup de temps à lire, essayer de comprendre et analyser des articles, des livres, des vidéos, des podcasts, pour tenter de répondre à mes interrogations, qui j'en ai la certitude, sont ou seront également les vôtres en cabinet.

Je n'ai pas la prétention de vous apprendre quelque chose, mais de réfléchir avec vous à ce lien possible entre l'ostéopathie et les réflexes archaïques.

Une formation en posturologie, il y a 6 ans, abordant les réflexes, puis un bon nombre de lectures sur ce sujet, m'ont ouvert les yeux sur certains phénomènes autour de moi.

Avez-vous connu ce camarade de classe qui se tenait de profil sur sa chaise pour recopier le cours au tableau ? Avez-vous connu ce bébé qui présentait un torticolis congénital et qui quelques mois plus tard présentait des troubles de la coordination entre son œil et sa main du côté non stimulé ? Avez-vous connu ce joueur de tennis touché par une épicondylalgie et qui vous mentionne serrer sa raquette trop fort ? Prenez ces questions comme des exemples, variés et très conceptuels.

L'objectif de cette étude est de savoir s'il peut exister un lien entre ostéopathie et réflexes archaïques.

Nous réaliserons dans un premier temps une revue de littérature sur les réflexes archaïques, nous poursuivrons avec des entretiens auprès d'ostéopathes utilisant ces réflexes dans leur prise en charge, pour ensuite en faire l'analyse et discuter ce lien possible.

1. PROBLÉMATIQUE ET ÉTAT DES LIEUX DES RÉFLEXES ARCHAÏQUES

1.1. MODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La réalisation de mes recherches s'est faite en trois étapes (Fig.1) :

- La lecture des écrits de ma bibliothèque personnelle, notamment ceux de Sally Goddard Blythe et Emmanuelle Sutherland, m'a, en partie, permis de cibler les principaux réflexes et de les décrire avec précision.
- La suite de la recherche scientifique fut sur Pubmed, permettant d'approfondir les descriptions des réflexes et de les lier aux divers troubles et aux différentes pathologies.
- Souhaitant obtenir un maximum d'ouverture sur le sujet, j'ai repris chaque bibliographie des études trouvées sur Pubmed.

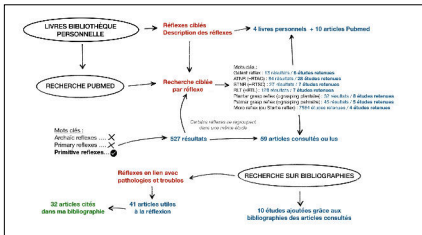


Figure 1. Construction de la recherche bibliographique

Liste des abréviations annexée à la Figure 1 :

- ATNR = Asymmetric Tonic Neck Reflex
- RTAC = Réflexe Tonique Asymétrique du Cou
- STNR = Symmetric Tonic Neck Reflex
- RTSC = Réflexe Tonique Symétrique du Cou
- TLR = Tonic Labyrinthine Reflex
- RTL = Réflexe Tonique Labyrinthique
- Startle = Surprise/Sursaut

1.2. DÉFINITION DES RÉFLEXES ARCHAÏQUES

Les réflexes primitifs sont des modèles de mouvements automatiques involontaires émergeant, la plupart du temps, in utero. Ils sont visibles et, pour certains, testés dès la naissance par un médecin ou une sage-femme, afin d'évaluer une possible atteinte cérébrale. On en dénombre plusieurs dizaines.

Ils font suite aux réflexes utérins et laissent ensuite place aux réflexes posturaux avant d'obtenir des mouvements volontaires (Fig.2).



Figure 2. Chronologie d'évolution des réflexes au cours de la vie

Les réflexes archaïques fonctionnent tous de la même manière : émergence -> utilisation -> maturation/intégration. La combinaison « utilisation/répétition + développement des centres supérieurs corticaux » permet l'intégration du réflexe (Fig.3).

Leurs rôles pendant la première année de vie sont de nous faire survivre, nous mouvoir, nous protéger des événements extérieurs, nous nourrir, coordonner nos mouvements, faciliter cette transition d'une vie « aquatique » à une vie « terrestre ».

Ils « jouent un rôle développemental, préparant le nouveau-né, à se déplacer contre la gravité, conduisant progressivement au mouvement volontaire par le processus d'intégration au cours des premiers mois de la vie. Des réponses matures dans les progrès psychomoteurs d'un enfant ne peuvent se produire que si le système nerveux central lui-même a atteint sa maturité. Le processus consiste en la transition d'une réponse réflexe du tronc cérébral à une réponse contrôlée par le cortex. » (Gieysztor et al., 2018, p.168)



Figure 3. Processus simplifié d'intégration d'un réflexe primitif

Comme mentionne le paragraphe « Mode de recherche bibliographique », les recherches m'ont permis d'identifier les réflexes archaïques les plus documentés, à savoir : le réflexe tonique asymétrique du cou (RTAC), le réflexe tonique symétrique du cou (RTSC), le réflexe tonique labyrinthique (RTL), le réflexe de préhension plantaire (grasping plantaire), le réflexe de préhension palmaire (grasping palmaire), le réflexe de Moro et le réflexe de Galant. Nous avons décidé de nous focaliser sur ceux-ci avant d'aborder des hypothèses de travail. Nous allons maintenant les détailler au travers des études.

1.3. PRINCIPAUX RÉFLEXES RECENSÉS

Chaque réflexe est inclus dans une famille (Fig.4). Il existe d'autres familles et d'autres réflexes pour chaque famille présentée.

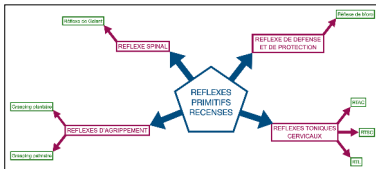


Figure 4. Araignée des familles et des réflexes présentés dans ce travail

1.3.1. Réflexe Tonique Asymétrique du Cou (RTAC)

Il s'agit du réflexe le plus recensé dans la littérature. Il est simple à identifier mais complexe à décrire.

Il émerge en général à dix-huit semaines in utero, est pleinement présent à la naissance et est inhibé à six mois (Blythe, 2020, p.35).

Il existe un RTAC gauche et un RTAC droit.

Lorsque le nourrisson tourne la tête d'un côté, les membres supérieur et inférieur se tendent du même côté alors qu'ils se fléchissent du côté controlatéral, d'où cette position typique de « l'escrimeur ». (Fig.5)

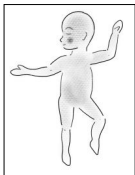


Figure 5. RTAC droit actif chez un nouveau-né

Il a été découvert en 1924 par Magnus, sur des animaux de laboratoire puis chez des enfants atteints d'une pathologie corticale et des adultes présentant des lésions des voies extra-pyramidales. Gesell, en 1938, a prouvé que le RTAC était présent de manière « normale » chez les nourissons (Parr et al., 1974, p.329).

Il aurait un rôle à jouer durant le processus d'accouchement, en aidant le futur nouveau-né à se frayer un chemin dans le col de l'utérus de la mère, en association avec le réflexe de Galant. Le RTAC deviendra pleinement actif et puissant durant les premiers mois de la vie (Blythe, 2020, p.36).

« Le RTAC peut augmenter ou diminuer le niveau d'excitabilité dans le Système Nerveux Central (SNC). Ce système est initié par la stimulation des propriocepteurs dans les articulations situées entre l'occiput (C0), l'atlas (C1) et l'axis (C2). Les informations sensorielles pénètrent dans le SNC par les racines dorsales de C1, C2 et éventuellement C3. Ainsi, le RTAC a quelques caractéristiques qui ressemblent à un réflexe spinal, mais dont l'expression nécessite une facilitation de la formation réticulée du tronc cérébral. Ce réflexe du tronc cérébral est initié par la rotation de la tête et entraîne une augmentation du tonus des extenseurs dans les extrémités du côté homolatéral et une augmentation du tonus des fléchisseurs controlatéraux (...) L'influence du RTAC sur la posture diminue avec la maturation des niveaux supérieurs du SNC car l'inhibition est exercée par les centres supérieurs. » (Curry et Clelland, 1981, p.488).

Son rôle principal est de favoriser la coordination entre l'œil et la main du même côté. La rotation de la tête permet à l'œil de visualiser son membre supérieur homolatéral, un mouvement de celui-ci ou la prise d'un objet avec la main. Le RTAC contribue également au développement du tonus et à la stabilité posturale, du suivi des yeux et du franchissement de la ligne médiane (Arcilla et Vilella, 2020, p.2). Franchir la ligne médiane, c'est faire communiquer l'hémisphère gauche avec l'hémisphère droit, et vice-versa, au travers du corps calleux. Ces connexions sont indispensables au bon fonctionnement des gestes et des tâches au quotidien, que ce soit pour un bébé qui rampe, fait du quatre pattes, que ce soit pour un enfant qui lit, écrit, pratique ses activités sportives ou pour un adulte qui travaille, bricole ou utilise les deux parties, gauche et droite, de son corps (Gourouvin, 2021).

Deux méthodes permettent de le tester et de l'observer chez l'enfant ou chez l'adulte :

- le test d'Ayres en position de quadrupédie (chaîne fermée) : le sujet se place en position quatre pattes, le thérapeute entraîne une rotation cervicale vers la gauche et vers la droite, et observe en fin de rotation la réaction des membres supérieurs homolatéral et controlatéral. Un test pleinement positif montrera une flexion d'un ou des deux coudes ainsi qu'une rotation du tronc du côté de la rotation. (Fig.6)



Figure 6. RTAC droit testé chez un enfant en position quadrupédique

- le test de Schilder en position debout (chaîne ouverte) : le sujet se place en position debout, bien droit, les pieds serrés, les épaules fléchies à 90° et les mains vers le bas. Le thérapeute tourne lentement la tête de chaque côté et observe pendant ce temps la position des bras. Un test pleinement positif montrera une rotation des bras et du corps en direction de la rotation cervicale (Gleysztor et al., 2020, p.2). (Fig.7)

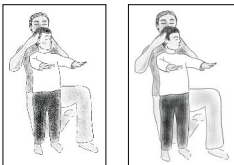


Figure 7. RTAC gauche testé chez un enfant en position debout

Depuis quelques années, il est admis qu'un réflexe n'est pas « noir ou blanc », absent complètement ou présent pleinement, il existe plusieurs échelles proposées par des chercheurs. Nous avons décidé d'en détacher une qui semble être concise et claire, il s'agit de celle développée par Sally Goddard Blythe allant de 0 à 4. Pour le test du RTAC en position de quadrupédie d'Ayres, elle se présente de cette manière :

0 = Aucun mouvement de la hanche, de l'épaule et du bras opposés (aucun réflexe présent)

1 = Légère flexion du bras opposé ou léger mouvement de la hanche ou de l'épaule (réflexe présent jusqu'à 25%)

2 = Flexion nette du bras opposé ou mouvement net de la hanche ou de l'épaule (réflexe présent jusqu'à 50%)

3 = Flexion marquée du bras opposé, avec ou sans participation de la hanche ou de l'épaule (réflexe présent jusqu'à 75%)

4 = Effondrement du bras controlatéral/occipital suite à la rotation de la tête. Il peut aussi y avoir une implication de la hanche (réflexe conservé à 100% du côté du bras vers lequel la tête est tournée) (Blythe, 2014, p.47).

« A l'âge de six mois, le RTAC devrait avoir accompli sa tâche et le cerveau en développement devrait mettre en place d'autres schémas moteurs qui permettent de l'inhiber, ce qui permet aux bébés d'acquiescer des capacités plus complexes. » (Blythe, 2020, p.38)

On comprendra donc les difficultés pour réaliser certaines tâches complexes si ce réflexe n'est pas entièrement inhibé.

À retenir :

RTAC

- RTAC gauche et RTAC droit.
- Position typique de l'escrimeur chez le nourrisson.
- Rôle important lors de l'accouchement (passage dans le col de l'utérus).
- Aide au développement de la coordination homolatérale œil-main.
- Contribution au développement du tonus et de la stabilité posturale.
- Contribution au développement du système visuel et des mouvements franchissant la ligne médiane.

1.3.2. Réflexe Tonique Symétrique du Cou (RTSC)

Classé dans les réflexes archaïques, il est différent des autres car recule après quelques jours de présence à la naissance. Il émerge réellement entre six et neuf mois après la naissance, et est inhibé entre neuf et onze mois.

Il y a un RTSC en flexion et un RTSC en extension (Blythe, 2020, p.57).

Ils sont stimulés en position quatre pattes chez le bébé. Pour le RTSC en extension, l'extension de la tête entraînera une augmentation du tonus des muscles extenseurs des bras et du tonus des muscles fléchisseurs des hanches et des genoux (position du chien assis) (Fig.8). Pour celui en flexion, il s'agira au contraire d'une augmentation du tonus des muscles fléchisseurs des bras et des muscles extenseurs des hanches et des genoux (position de prière) (Fig.9) (Blythe, 2014, p.14).

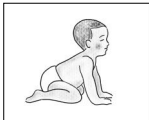


Figure 8. RTSC actif en extension



Figure 9. RTSC actif en flexion

Ce réflexe, comme le RTAC, joue un rôle prépondérant dans la coordination yeux-mains, dans la stabilité posturale (Arcilla et Vilella, 2020, p.2) et prépare le bébé à la marche à quatre pattes (Blythe, 2014, p.14). Alors que le RTAC divise le corps par la ligne médiane sagittale, le RTSC divise le corps par une ligne médiane horizontale (Blythe, 2020, p.59).

Comme le suppose Sally Goddard Blythe dans son ouvrage (Blythe, 2020, p.59), « le RTSC semble neutraliser le Réflexe Tonique Labyrinthique (RTL) au niveau du bassin durant une courte période, suffisante pour permettre au nourrisson de défier la gravité, d'adopter la position quadrupédique et d'apprendre à utiliser les deux moitiés du corps indépendamment. »

Concernant la manière de l'évaluer, le test est réalisé en position quadrupédique : la position de départ est la même que le test d'Ayres pour le RTAC, l'individu se place sur ses mains et ses genoux avec le dos relativement droit comme « une table », on lui demande de regarder le plafond en ne bougeant que la tête et le cou (RTSC en extension), de maintenir la position cinq secondes et l'on observe un éventuel mouvement du rachis, des hanches, des genoux, des pieds et des coudes (Fig.10). Un réflexe non intégré montrera une flexion des membres inférieurs et une extension complète des coudes. On lui demandera également de regarder vers le bas « entre ses genoux » en essayant de ne bouger que la tête et le cou (RTSC en flexion), de maintenir cinq secondes et l'on observera les mêmes points (Fig.11). Un réflexe non intégré montrera une flexion des coudes et une éventuelle montée des pieds. Les deux mouvements peuvent être répétés jusqu'à six fois.

L'échelle de Sally Goddard Blythe pour ce test quadrupédique du RTSC se présente en quatre grades :

- RTSC en flexion :

0 = Pas de réponse (aucun réflexe présent)

1 = Tremblement dans un ou deux bras en réponse à la flexion de tête (réflexe présent jusqu'à 25%)

- 2 = Légère flexion des coudes (réflexe présent jusqu'à 50%)
- 3 = Flexion nette des bras et/ou élévation des pieds (réflexe présent jusqu'à 75%)
- 4 = Flexion complète des bras jusqu'au sol (réflexe présent à 100%)
- RTSC en extension :
- 0 = Pas de réponse (aucun réflexe présent)
- 1 = Léger mouvement des hanches (réflexe présent jusqu'à 25%)
- 2 = Petit mouvement des hanches (réflexe présent jusqu'à 50%)
- 3 = Mouvement certain des hanches (réflexe présent jusqu'à 75%)
- 4 = Mouvement complet du bas du dos sur les chevilles de sorte que le sujet soit en position « chat assis » (réflexe présent à 100%) (Blythe, 2014, p.50-51).

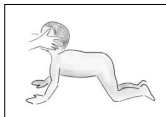


Figure 10. RTSC en extension testé chez un enfant



Figure 11. RTSC en flexion testé chez un enfant

À retenir :

RTSC

- RTSC en flexion et RTSC en extension
- Latence naturelle entre la naissance (émergence) et six mois (ré-apparition).
- RTSC en extension = position du « chien assis ».
- RTSC en flexion = position de « prière ».
- Aide au développement de la coordination yeux-mains et de la stabilité posturale.
- Aide à la préparation du quatre pattes (en neutralisant temporairement le RTL).

1.3.3. Réflexe Tonique Labyrinthique (RTL)

Le RTL fait partie des réflexes de position, nous en citerons les rôles plus bas (Blythe et al., 2017, p.65).

Il existe un RTL en flexion et un RTL en extension. Celui en flexion émerge in utero (position fœtale), est pleinement présent à la naissance et est inhibé aux alentours des quatre mois. En extension, le RTL émerge à la naissance, l'inhibition se produit progressivement entre six semaines et trois ans (Blythe, 2020, p.50-51). L'origine du réflexe est située dans les otolithes de l'oreille interne (Blythe, 2017, p.65).

L'inhibition du RTL est un processus graduel impliquant le développement de plusieurs autres réflexes de redressement, de protection et d'équilibre qui émergent au cours de la ou des premières années de la vie (Blythe et al., 2017, p.68).

Le RTL en flexion est déclenché lorsque la tête est penchée vers l'avant (en avant de la colonne vertébrale), ceci provoque une flexion globale de tout le corps, faisant penser à la position fœtale. (Fig.12)



Figure 12. RTL en flexion actif chez un nouveau-né

Le RTL en extension apparaît lorsque la tête est positionnée en arrière de la colonne, entraînant grossièrement une extension globale du corps, à l'image d'un nageur (Blythe, 2014, p.16). (Fig.13)

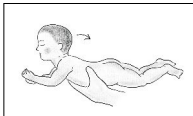


Figure 13. RTL en extension actif chez un nouveau-né

Ce réflexe est primordial dans le développement de l'équilibre, des facultés visuelles, du tonus musculaire et de la posture (Madejewska et al., 2016, p.180).

Durant les premières semaines, le nourrisson est incapable de soutenir sa tête, sa musculature n'étant pas encore assez développée. Par le biais du RTL, les systèmes vestibulaires, proprioceptifs et visuels vont continuer leur développement. La tonicité « doit être suffisamment élevée pour résister aux effets de la gravité, mais assez basse pour permettre le mouvement. » (Sutherland, 2021, p.119)

À la manière d'une balance de commerce, le « poids du tonus musculaire et du contrôle postural » ainsi que l'émergence de réflexes de vie (réflexes de protection, de redressement et d'équilibre) prendront le dessus sur le « poids du RTL », d'où l'inhibition lente de ce dernier (Blythe, 2017, p.68).

Pour le tester chez l'enfant ou l'adulte, le sujet est positionné debout (la gravité donnant plus de poids sur le tonus musculaire en position verticale), les pieds joints, les bras le long du corps, les yeux ouverts pour la première séquence puis fermés pour la deuxième. On demande au sujet de lever la tête (mouvement de tête seulement) pour « regarder le plafond », maintenir cette position pendant dix secondes (RTL en extension) (Fig.14), puis de baisser la tête pour « regarder ses orteils », en maintenant pendant dix secondes également (RTL en flexion) (Fig.15). Cette séquence sera pratiquée trois fois d'affilée. Un réflexe pleinement présent peut générer une perte

d'équilibre (importance pour le praticien de rester proche du sujet pour le sécuriser), des nausées et des vertiges (Sutherland, 2021, p.120).



Figure 14. RTL en extension testé chez un enfant



Figure 15. RTL en flexion testé chez un enfant

Pour évaluer la réalisation du test, on notera les observations pré-citées mais aussi tout autre mouvement du corps (rachis, membres supérieurs jusqu'aux doigts, membres inférieurs jusqu'aux orteils) :

0 = Pas de réponse (aucun réflexe présent)

1 = Légère altération de l'équilibre suite au changement de position de la tête (réflexe présent jusqu'à 25%)

2 = Altération du contrôle de l'équilibre pendant le test et/ou altération du tonus musculaire (réflexe présent jusqu'à 50%)

3 = Proche de la perte d'équilibre et/ou altération du tonus musculaire et/ou désorientation pendant la procédure (réflexe présent jusqu'à 75%)

4 = Perte d'équilibre et/ou ajustement marqué du tonus musculaire pour tenter de se stabiliser, avec possibles nausées et vomissements (réflexe présent à 100% (Blythe, 2014, p.53).

À retenir :

RTL

- RTL en flexion (position fœtale) et RTL en extension (position « nageur »).
- Aide au développement de l'équilibre, des facultés visuelles, du tonus musculaire et de la posture.
- Harmonisation naturelle entre l'intégration lente du RTL et le l'augmentation du tonus musculaire pour défier la gravité.

1.3.4. Réflexe de préhension plantaire (Grasping plantaire)

Nous utiliserons le terme « grasping plantaire » pour préciser ce réflexe, aussi appelé réflexe d'agrippement plantaire.

Selon Blythe et al. (2017, p.103), il émerge aux alentours de onze semaines in utero et est inhibé entre sept et neuf mois après la naissance, lorsque le bébé apprend à se tenir debout. Quant à Futagi et Suzuki (2010, p.81), ils affirment que ce même réflexe peut être déclenché chez les nourrissons normaux à partir de vingt-cinq semaines post-conceptionnelles et jusqu'à six mois. Ces mêmes auteurs expliquent que « le centre spinal de ce réflexe est probablement situé aux niveaux L5-S2, qui sont cependant contrôlés par des structures cérébrales supérieures. Les aires motrices non primaires peuvent exercer un contrôle régulateur du mécanisme réflexe spinal par l'intermédiaire des interneurons. Chez les nourrissons, ce réflexe peut être provoqué par un contrôle insuffisant du mécanisme spinal par le cerveau immature. »

Ce réflexe a un rôle d'agrippement, bien plus utilisé dans l'Histoire de l'Homme et du singe, pour s'accrocher aux arbres et se cramponner à la mère. Aujourd'hui sa fonction principale est de renforcer les muscles du pied pour que le bébé puisse se tenir debout.

La manière de le tester est la même pour tous les sujets (bébés, enfants, adultes), le sujet est positionné sur le dos, le praticien impose une pression sur la plante du pied sous les orteils, ou fait glisser son doigt sur cette même zone (Futagi et Suzuki, 2010, p.81). (Fig.16)

Il est essentiel que le sujet maintienne sa tête dans l'axe de la colonne, une rotation de tête pouvant déclencher le RTAC et donc biaiser le résultat du test du grasping plantaire.

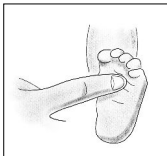


Figure 16. Grasping plantaire actif sous le pied gauche chez un nouveau-né

L'échelle d'évaluation d'Emmanuelle Sutherland (2021, p.62) est décrite ci-dessous (attention l'ordre graduel est opposé à celui de Sally Goddard Blythe) :

100% d'intégration = aucun mouvement au niveau du pied stimulé ni dans le membre inférieur opposé

75% d'intégration = léger tressaillement du pied stimulé ou des orteils (flexion et adduction de tous les orteils) ou toute réaction même légère d'un autre membre du corps

50% d'intégration = tressaillement du pied stimulé - les orteils se plient et se déplient au contact de la stimulation ou toute autre partie du corps

25% d'intégration = grand tressaillement du pied stimulé, des orteils, ou retrait du pied au niveau de la zone stimulée

Aucune intégration = impossible de toucher tellement la zone est sensible.

Il est également important dans ce paragraphe de distinguer le réflexe d'agrippement plantaire du réflexe de Babinski, présent également à la naissance. Celui-ci se teste avec la pointe du stylo sur la plante du pied, de l'extérieur du talon jusqu'à la tête du cinquième métatarsien et en remontant jusqu'à la tête du premier métatarsien. Lorsque le réflexe est présent, on observe une extension exagérée du gros orteil et parfois une abduction des autres orteils (orteils en éventail) (Fig.17). Le grasping plantaire jouerait un rôle sur l'intégration du réflexe de Babinski (Blythe et al. 2017, p.103).

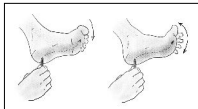


Figure 17. Signe de Babinski gauche positif

À retenir :

Grasping plantaire

- Centre spinal du réflexe probablement situé aux niveaux L5-S2 contrôlés par des structures cérébrales supérieures.
- Rôle antérieur d'agrippement dans l'Histoire de l'Homme et du singe, aujourd'hui permettant le renforcement des muscles podaux pour soutenir la position debout.
- À distinguer du réflexe de Babinski, couramment utilisé pour diagnostiquer une atteinte du tronc cérébral et/ou des voies pyramidales.

1.3.5. Réflexe de préhension palmaire (Grasping palmaire)

Comme son homologue plantaire, il émerge à onze semaines de grossesse et est pleinement présent à la naissance. Son inhibition se produit de manière graduelle entre le deuxième et le cinquième mois, de la prise involontaire de l'objet jusqu'à la maîtrise des doigts. Au cinquième mois, le bébé doit être capable de lâcher un objet à volonté (Blythe, 2020, p.30). Selon Futagi et al. (2010, p.82), l'intégration démarre graduellement après six mois, nous expliquerons un peu plus loin dans ce travail pourquoi cette donnée, différente de celle de Sally Goddard Blythe, est intéressante.

Cette amélioration de la dextérité manuelle sur la première année de vie « est liée à la maturation du tractus pyramidal, l'une des zones du cerveau qui présente les différences les plus frappantes entre l'adulte et le nouveau-né. » (Blythe et al., 2017, p.102)

Pour un nouveau-né, la simple pression de la paume avec le doigt ou avec un objet entraîne un agrippement caractéristique (flexion de tous les doigts, le pouce se nichant sous l'index) (Blythe et al., 2017, p.99).

Le test est proche de celui du grasping plantaire : on demande au sujet de poser sa main sur la table ou sur sa cuisse avec la paume vers le plafond. Avec la pointe du stylo (ou tout autre objet avec une pointe fine), on longe les têtes des métacarpiens. Une présence complète du réflexe peut montrer un poing qui se ferme. (Fig.18)



Figure 18. Grasp palmaire droit actif chez un enfant ou un adulte

L'échelle d'évaluation est détaillée de la même manière que le grasping plantaire :

100% d'intégration = aucune réaction

75% d'intégration = léger mouvement des doigts ou du pouce vers l'intérieur

50% d'intégration = mouvement évident du pouce et des doigts vers l'intérieur, la personne se plaint que la stimulation la chatouille ou est douloureuse

25% d'intégration = mouvement du pouce ou des doigts vers l'intérieur comme pour agripper le stimulus, frottement de la main juste après le test

Aucune intégration = le pouce et les doigts se ferment à la stimulation. Cette réaction peut être accompagnée par des mouvements simultanés des lèvres (Sutherland, 2021, p.59).

Il est nécessaire de prendre en considération deux réflexes ayant une très forte connexion avec le grasping palmaire : le réflexe de Babkin et le réflexe de Moro.

Le réflexe de Babkin, aussi appelé réflexe main-bouche ou réflexe palmo-mandibulaire, entraîne une flexion des bras, une fermeture des yeux et une ouverture de la bouche chez les nouveau-nés lorsque l'on stimule leurs paumes des mains (en même temps pour une meilleure efficacité du test) (Futagi et al., 2013, p.149). Il est actif dès la naissance et jusqu'à environ quatre mois. Une pression sur les mêmes paumes au moment de s'alimenter (contact avec la tétine du biberon ou le sein de la mère) entraîne un mouvement de succion (lien également très étroit avec le réflexe de succion) (Blythe et al., 2017, p.101).

L'équipe de Futagi et al. (2012, p.6) dans son autre article, explique que le grasping palmaire pouvait inhiber le réflexe de Moro, réflexe que l'on décrira ensuite, chez le nouveau-né, si ce premier était stimulé avant le second. Dans leur approche phylogénétique, cette donnée permet de comprendre que les nouveau-nés singes ou ancêtres continuaient d'agripper fortement leur mère même lors d'un épisode effrayant ou stressant.

Ces propos sont confirmés par Blythe et al. (2017, p.101), ils ajoutent « qu'en tant qu'adultes, nous utilisons parfois cette connexion en cas de stress. Lorsque nous sommes sur le point d'entreprendre une tâche désagréable ou difficile, nous serrons et desserrons souvent nos mains par anticipation. Les balles anti-stress peuvent être efficaces selon le même principe. »

À retenir :

Grasping palmaire

- Développement lent et graduel dépendant de la maturation du tractus pyramidal
- Prise involontaire d'un objet se transformant lentement en la maîtrise totale de chaque doigt.
- Connexion directe avec le réflexe de Babkin (palmo-mandibulaire) et indirecte avec le réflexe de succion.
- Connexion avec le réflexe de Moro dans les situations de peur et de stress.

1.3.6. Réflexe de Moro

Il apparaît entre neuf et douze semaines in utero, et prend la suite du réflexe de retrait (un des réflexes intra-utérins, qui disparaissent pour laisser place aux réflexes primitifs). Il est pleinement actif à la naissance chez un nouveau-né en bonne santé (Blythe, 2020, p.23). Il est inhibé entre les âges de deux et quatre mois (Blythe et al., 2017, p.42).

Il existe plusieurs méthodes de provocation du réflexe, mais la plus utilisée et la plus efficace est la chute de la tête. Le nourrisson, éveillé et calme, est maintenu suspendu dans une position de décubitus (symétrique) par le praticien avec une main sous sa tête et une main dans son dos. La tête du bébé est dans l'axe du reste du corps, le praticien l'abaisse de quelques centimètres.

La réaction comprend une première phase d'abduction des épaules, d'extension des avant-bras, d'extension de la colonne et d'une rétraction de la tête. On observe aussi cette position du pouce et de l'index semi-fléchis formant un « C ». Il peut également y avoir un tremblement des membres, des gémissements et/ou des pleurs. La deuxième phase est une phase de « blocage », d'impuissance, d'immobilisation hypertonique. La troisième phase est un retour à la normale avec adduction des épaules, les membres supérieurs en « arc » se rapprochant lentement du corps. Le mouvement des membres inférieurs est très variable selon les bébés (Futagi, 2012, p.4). (Fig.19)



Figure 19. Réflexe de Moro actif chez un nouveau-né

Décrit comme un réflexe multisensoriel, il peut être déclenché par des stimuli visuel, auditif, tactile, vestibulaire, proprioceptif ou thermique (Sutherland, 2021, p.91). Selon la revue de littérature de Yasuyuki Futagi et al. (2012, p.5), les études scientifiques montrent que ce réflexe est principalement médié par les systèmes vestibulaire et proprioceptif car « il existe des voies ascendantes directes et indirectes, via la moelle cervicale, qui prennent naissance dans les récepteurs proprioceptifs du cou et se connectent aux noyaux vestibulaires. Ces voies envoient, à l'origine, des signaux au tronc cérébral pour réguler le redressement du cou. Les signaux générés par la chute de la tête peuvent voyager via ces voies pour atteindre et activer le mécanisme réflexe dans le tronc cérébral. La méthode de chute de tête est la plus efficace, car elle produit un grand nombre de signaux ascendants vers la cible par les deux voies et induit ainsi un niveau élevé d'excitation neuronale qui agit sur le centre réflexe. »

Un test similaire à celui des nouveau-nés peut être réalisé chez un enfant ou un adulte mais nous privilégierons le test érigé (debout) décrit par Sally Goddard Blythe et al. (2017, p.105) ainsi que par Emmanuelle Sutherland (2021, p.92).

Le sujet est debout, les pieds joints, les yeux fermés, la tête dans l'axe de la colonne et les membres supérieurs en abduction, en position de col de cygne avec les mains « tombantes ». (Fig.20)



Figure 20. Réflexe de Moro testé chez une adulte

Le praticien est derrière le sujet en fente, avec ses mains au niveau de la partie postérieure des épaules du sujet testé. Il demande au sujet de lever la tête en direction du plafond et de se laisser tomber en arrière, en formant un bloc des pieds jusqu'à la tête, sur environ dix degrés (Blythe, 2014, p.105-106).

L'échelle d'évaluation, selon Sutherland (2021, p.92), nous décrit les possibles réactions :

100% d'intégration = la personne se laisse aller facilement

75% d'intégration = la personne se laisse aller mais son corps réagit ou alors elle exprime un malaise verbalement

50% d'intégration = la personne se courbe vers l'arrière plutôt que de se pencher ou finit par poser un pied ou par réagir

25% d'intégration = la personne n'arrive pas à se laisser tomber, elle pose son pied en arrière ou vérifie ce qui se passe derrière

Aucune intégration = la personne ne souhaite pas se laisser tomber, son cou, resté raide, est impossible à faire basculer en arrière. Elle a pu refuser le test dès le début.

Le réflexe de Moro (réponse d'alarme primitive) laisse progressivement sa place au réflexe de sursaut, réflexe présent tout au long de la vie de l'Homme. Ce dernier est plus mature et implique les centres supérieurs du cerveau : brève réaction de sursaut, inspiration, clignement des yeux, observation du stimulus et choix entre action, fuite et ignorance.

À retenir :

Moro

- Réflexe décrit en trois phases : une phase dynamique de mouvements des membres supérieurs et de la tête principalement, une phase de « blocage » et une phase de retour à la normale.
- Déclenchement multisensoriel du réflexe : visuel, auditif, tactile, vestibulaire, proprioceptif ou thermique.
- Centre spinal situé dans la moelle cervicale, contrôlée par le tronc cérébral.
- Réflexe de retrait (intra-utérin) > Réflexe de Moro (nourrisson) > Réflexe de sursaut (adulte) = dans une situation non pathologique.

1.3.7. Réflexe de Galant

Peu décrit dans la littérature, il était néanmoins indispensable d'aborder ce réflexe dans ce travail.

Il émerge à environ vingt semaines de grossesse, est lui aussi pleinement actif à la naissance (et pendant le processus d'accouchement) et est intégré entre trois et neuf mois après la naissance (Blythe, 2020, p.46). Connue depuis plus d'un siècle, il peut être testé de la manière suivante chez le nouveau-né : couché sur le dos, l'examineur va, avec son ongle, glisser sur la peau du dos du nouveau-né, à deux/trois centimètres latéralement aux apophyses épineuses, de haut en bas (Futagi et al., 1992, p.295). (Fig.21)



Figure 21. Réflexe de Galant actif côté gauche chez un nouveau-né

Blythe (2020, p.47) explique que, lors du processus de naissance, « les contractions de la paroi vaginale stimulent la région lombaire du fœtus et provoquent de petits mouvements de rotation de la hanche d'un côté (réflexe de Galant), semblables aux mouvements de la tête et des épaules provoqués par le RTAC. » Ces mouvements néonataux facilitent le passage dans le canal.

Il s'agit d'un réflexe de défense ou d'évitement et il est considéré comme un réflexe spinal. Il permet le bon développement du réflexe amphibien, qui aide au ramper et au quatre pattes. Il deviendra inutile lorsque la position verticale sera maîtrisée par un tonus et une posture contrôlés. Cette même auteure mentionne que la présence d'un réflexe de Galant d'un seul côté (il y a un réflexe de Galant gauche et un droit), au-delà d'un an, peut provoquer à terme l'installation d'une scoliose (Blythe et al., 2017, p.122). Nous le confirmerons par des études ayant traité de ce sujet.

Pour le tester, il suffit de placer le sujet à quatre pattes. Le praticien saisit un objet légèrement pointu (un stylo par exemple), et fait glisser cet objet le long de la colonne, à deux centimètres des épineuses, de chaque côté et de haut en bas. (Fig.22)

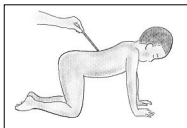


Figure 22. Réflexe de Galant testé chez un enfant

L'échelle d'évaluation est représentée de cette manière :

100% d'intégration = aucun mouvement

75% d'intégration = la personne manifeste une sensation désagréable. Sensation de mouvement (non visible) du côté stimulé. Ondulation ou mouvement de la hanche en ouverture de moins de quinze degrés

50% d'intégration = ondulation ou mouvement de la hanche en ouverture de quinze à trente degrés

25% d'intégration = ondulation ou mouvement de la hanche en ouverture de trente à quarante-cinq degrés accompagné(e) ou non d'une gêne dans le dos ou une envie d'uriner

Aucune intégration = ondulation ou mouvement de la hanche en ouverture supérieur(e) à quarante-cinq degrés accompagné(e) ou non d'un déséquilibre de la position du quatre pattes, accompagné(e) ou non d'une gêne dans le dos, ou d'une envie d'uriner (Sutherland, 2021, p.83).

À retenir :

Galant

- Galant gauche et Galant droit par rapport à la colonne vertébrale.
- Rôle important lors de l'accouchement (comme le RTAC).
- Réflexe de défense et d'évitement.
- Étape obligatoire au bon fonctionnement du réflexe amphibien.
- Possible installation d'une scoliose en cas de persistance de ce réflexe primitif.

Il existe d'autres réflexes primitifs, mais ils ne seront pas décrits dans ce travail. Il est important maintenant de comprendre dans quelles situations ces réflexes persistent au-delà des premiers mois de la vie, et leurs répercussions sur notre quotidien. Nous avons pu déterminer différentes populations ciblées par les auteurs d'articles scientifiques.

1.4. CORRÉLATIONS ENTRE PATHOLOGIES, TROUBLES ET RÉFLEXES ARCHAÏQUES

1.4.1. Paralyse cérébrale

Un réflexe doit être intégré dans les six premiers mois voire dans la première année de vie, mais n'oublions pas que sa présence est indispensable durant cette période.

L'étude de Futagi et al. (1999, p.111-115) décrit de manière très claire la corrélation entre réflexe primitif et anomalie neurologique. Deux-mille-deux-cent-soixante-sept enfants ont été évalués durant leur première année post-natale (deux à trois consultations), des examens neurologiques ont été réalisés (posture, tonus musculaire, mouvement volontaire et réflexes archaïques). Sur ce nombre total d'enfants, huit-cent-trente-quatre d'entre eux ont servi de sujets contrôles car ils ne présentaient aucun facteur de risques périnataux. Le grasping plantaire a été isolé pour cerner sa chronologie d'apparition. Les sujets contrôles avaient tous (prématurés ou nés à terme) une réponse positive à six mois, presque tous avaient une réponse positive marquée entre un et quatre mois. Sur cette base, des réponses négatives ont été retrouvées chez quatre-vingt-treize sujets (sujets pathologiques) dont soixante-quinze atteints de paralysie cérébrale (PC). Vingt-cinq pour cent de ces sujets « PC » ont déclenché d'autres signes neurologiques plus tardifs, d'où l'importance de tester ce réflexe dans le diagnostic de troubles neurologiques. Ces auteurs (Futagi et al., 1995, p.54-57) avaient déjà montré une corrélation entre une asymétrie de réponse au test de grasping plantaire et l'existence de dommages cérébraux (dont la PC). Dimitrios I. Zafelirou (2000, p.75) confirme les études de Futagi et al. en publiant son expérimentation, une année plus

tard, avec pour conclusion l'existence d'une concordance entre absence de grasping plantaire et diagnostic d'une PC spastique.

Dans une étude publiée au début des années mille neuf-cent-quatre-vingt-dix, Futagi et al. (1992, p.294-298) s'interrogeaient sur l'évolution de l'intégration de certains réflexes durant la première année de vie, notamment le réflexe de Galant, le grasping plantaire et le RTAC. Une population de nouveau-nés « normaux » (n=458) était comparée à une population de nouveaux-nés « PC » (n=78). Les conclusions sont claires : l'évaluation des réflexes archaïques est un des piliers du diagnostic de troubles neurologiques précoces (PC ou retard mental), avec celle du tonus musculaire, celle de la posture et celle des mouvements volontaires. D'après l'étude, « les premiers indices diagnostiques pour savoir si un nourrisson à haut risque, présentant des symptômes neurologiques, deviendra finalement normal ou non, sont : une posture anormale après huit mois, une hypertonie après sept mois, des réponses positives au réflexe de Galant et au RTAC après huit mois et aucune réponse au grasping plantaire pendant les six à sept premiers mois de vie ». Zafeiriou et al. (1995, p.151) en sont venus aux mêmes conclusions, en étendant l'expérimentation à d'autres réflexes primitifs, non abordés dans la première partie de ce travail.

L'excellente revue de littérature réalisée par Elisa G. Hamer et Mijna Hadders-Algra, confirme les propos cités précédemment. Elles ont tenté de centraliser les signes neurologiques permettant de détecter des problèmes de développement comme la PC. On y trouve également, dans cet écrit, le réflexe de Moro, qui est également prédictif de troubles neurologiques s'il est absent dans les premiers mois de la vie. Elles précisent également qu'une persistance de ce réflexe après la petite enfance peut entraîner des troubles du développement que nous développerons dans un autre paragraphe (Hamer et Hadders-Algra, 2016, p.53-54). L'hypothèse révélée par Dimitrios I. Zafeiriou (2004, p.4) est que le réflexe de Moro est bloqué par certains mécanismes inhibiteurs au cours des trois à cinq premiers mois chez l'enfant PC spastique, puis commence à être déclenché par la maturation du système nerveux central et/ou des effets de la kinésithérapie.

Des réflexes persistants au-delà de douze mois chez des sujets atteints de PC sont un indicateur de mauvais pronostic en matière de déambulation.

La persistance de ces réflexes peut-elle s'observer chez des jeunes enfants visiblement en bonne santé ? Et si oui, engendre-t-elle des troubles pendant la croissance ?

À retenir :

Paralysie cérébrale

- L'absence d'un ou plusieurs réflexes archaïques est fortement corrélée à la présence de troubles neurologiques durant la première année de vie : à six mois de naissance, le grasping plantaire devrait être positif chez un nouveau-né sain.
- L'évaluation des réflexes archaïques est un des piliers du diagnostic de troubles neurologiques précoces (notamment pour la PC et le retard mental).

En conséquence :

- A six ou sept mois de naissance, le grasping plantaire et le réflexe de Moro devraient être positifs chez un nouveau-né sain.
- A huit mois de naissance, le réflexe de Galant et le RTAC devraient être intégrés (tests négatifs) chez un sujet sain.
- La persistance de réflexes primitifs au-delà de douze mois chez un sujet atteint de PC peut entraîner des troubles de la déambulation et de la marche.

1.4.2. Enfance, TDAH et troubles « dys- »

Le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) est relativement bien décrit dans la littérature scientifique. Il est diagnostiqué pendant l'enfance (en général avant douze ans), et comprend trois symptômes d'intensité variable selon l'individu : l'impulsivité, le déficit de l'attention et l'hyperactivité. Selon un site traitant du TDAH dont l'association est reconnue d'Utilité Publique, ces symptômes sont souvent associés à d'autres troubles tels que : difficultés d'apprentissage (lecture, écriture,...), troubles de l'apprentissage (dyslexie, dyscalculie,...),

difficultés psychomotrices, etc. Le TDAH concernerait trois à cinq pour cent des enfants et son développement serait une accumulation de facteurs de risque d'origines multiples, avec des aspects à la fois hautement héréditaires mais aussi environnementaux (Gétin, 2014).

Dans une étude réalisée par Konicaro et Bob (2013, p.766), soixante enfants atteints de TDAH ont été testés afin de confirmer ou infirmer un lien entre ce trouble et la persistance de réflexes archaïques. Le RTAC a été l'unique réflexe utilisé (la version de Schilder) et le questionnaire « Conner's Parent Questionnaire » (CPQ) a été donné aux parents pour collecter les symptômes des enfants (quatre-vingt-treize items divisés en huit domaines où l'on choisit parmi une échelle entre zéro et trois). La plupart des domaines (six sur huit) montrent une corrélation avec la persistance d'un RTAC : problèmes de comportement, anxiété, impulsivité-hyperactivité, problèmes d'apprentissage, perfectionnisme, tensions musculaires. Un groupe contrôle de trente enfants sains ayant réalisé les mêmes tests, ont confirmé les résultats.

La même équipe de chercheurs a étendu l'expérimentation en testant cent-quarante enfants âgés de huit à onze ans (quatre-vingt atteints de TDAH non traités par médication et soixante enfants sains). L'hypothèse était que les symptômes du TDAH sont liés à la persistance du RTAC et du RTSC et à des déficits d'équilibre. Le RTAC a été testé debout tout comme le RTSC (position de départ selon Schilder), le CPQ a été choisi comme questionnaire des symptômes et l'équilibre a été étudié en quatre phases (statique avec les pieds l'un devant l'autre, marche avant puis marche arrière les pieds l'un devant l'autre, et enfin marche avant yeux fermés les pieds l'un devant l'autre). Les résultats montrent d'un côté une forte corrélation entre symptômes TDAH, problèmes d'équilibre et RTAC chez les filles, et de l'autre côté une forte corrélation entre symptômes TDAH, problèmes d'équilibre et RTSC chez les garçons. Les auteurs ajoutent que « les symptômes du TDAH peuvent représenter le processus lié à la dissolution neurale et à l'interférence de mécanismes neuronaux plus primitifs, tels que le RTAC et le RTSC, avec des niveaux plus élevés de fonctions cérébrales en raison d'une intégration cognitive et motrice insuffisamment développée. Dans ce contexte, les différences entre les sexes dans ces manifestations pourraient être liées à une maturation cérébrale spécifique et retardée chez les garçons par rapport aux filles. » (Bob et al., 2021, p.1-4)

Notre revue de littérature nous a poussés à savoir si la persistance des réflexes archaïques et les symptômes du TDAH étaient irréversibles. L'étude faite par Meillio et al. (2020, p.5-7) nous éclaire sur cette interrogation. Une cohorte sur deux-mille-cent-soixante-quinze individus, âgés de trois à vingt-deux ans et atteints par le TDAH, a permis d'objectiver l'efficacité d'un programme spécifique de douze semaines sur les performances cognitives et motrices ainsi que sur les réflexes primitifs. Le RTAC et le grasping palmaire ont été testés. Le programme complet prévoyait : entraînement moteur, stimulation sensorielle, conditionnement aérobie et musculaire, entraînement cognitif et scolaire, exercices d'inhibition des réflexes, stimulation musicale hémisphérique, changements alimentaires et gestion du mode de vie. Les exercices avaient pour but de travailler tel ou tel hémisphère ou de renforcer les connexions inter-hémisphériques.

Les scores d'intégration des réflexes ont été améliorés et se sont révélés fortement associés à une augmentation des performances en résolution de problèmes mathématiques et en compréhension auditive. Ils en concluent que « si l'on devait supposer que le problème du retard de développement est lié au maintien des réflexes primitifs, cela serait, à son tour, associé à une désynchronisation et à une communication inter-hémisphérique inefficace, alors la meilleure façon de traiter les symptômes est d'améliorer la coordination entre les zones du cerveau. »

D'autres troubles peuvent être présents chez des enfants pouvant entraver leur performance scolaire, leur performance sportive et leur bien-être au quotidien (dyslexie, dyspraxie, dysorthographe, dysphasie, troubles de la coordination, troubles posturaux, etc.). Certaines études ont souhaité corréler ces troubles à la persistance de réflexes primitifs, l'hypothèse étant que ces réflexes sont l'expression de l'immaturité du fonctionnement du système nerveux central. Ce qui peut paraître original durant la petite enfance comme un trait d'expression, un trait de langage, un trait d'expression corporelle, une asymétrie, devient problématique à l'entrée dans l'âge scolaire où certaines règles et certains cadres sont posés.

Une étude a recherché la persistance du RTAC dans un contexte biosocial et un lien entre cette persistance et la présence d'une dyslexie/d'une mauvaise lecture. Le RTAC était testé selon la méthode Schilder, et les troubles verbaux par plusieurs tests de QI (Quotient Intellectuel) verbal. L'échantillon s'étendait à sept-cent-trente-neuf enfants âgés de sept à neuf ans. Un RTAC non

intégré semble être prédictif des acquis en lecture, en orthographe et en particulier la lecture non-verbale, mais sans en être la cause principale. Il semble également être significativement plus important chez les garçons par rapport aux filles (déjà décrit pour le TDAH), et chez les enfants socialement défavorisés (McPhillips et Jordan-Black, 2007, p.749-751).

Bon nombre d'études récentes traitant de ce sujet s'accordent à dire qu'un programme de dépistage des réflexes archaïques pendant l'enfance permettrait une prise en charge précoce des troubles dys- (Hickey et Feldhacker, 2021; Sigafos et al., 2021; Matuszkiewicz et Galkowski, 2021). Comme l'expriment justement Pecuch et al. (2021, p.1-13), « des exercices et des activités thérapeutiques bien choisis visant à intégrer les réflexes primitifs actifs chez les enfants ayant des difficultés de développement peuvent améliorer leurs habiletés motrices, leurs capacités de perception et leurs comportements émotionnels. » L'objectif de leur étude était de déterminer l'importance de l'inhibition des réflexes sur les capacités motrices durant l'âge pré-scolaire (ici cent-douze enfants âgés de quatre à six ans). Trois réflexes toniques cervicaux ont été réalisés (RTAC, RTSC et RTL selon la méthode de Sally Goddard Blythe) et confrontés à une batterie d'exercices moteurs (MOT 4-6 ou Motor-Proficiency-Test 4-6 years old) tels que transporter des balles d'une boîte à l'autre, sauter dans un cerceau, attraper un bâton, etc. Sept pour cent des enfants examinés avaient un niveau d'intégration des réflexes complet, cinquante-huit pour cent avaient un niveau réduit de réflexes actifs, vingt-huit pour cent un niveau moyen, cinq pour cent un niveau élevé et deux pour cent un niveau maximal. Les analyses statistiques ont montré une corrélation inverse entre le nombre de points au test d'intégration des réflexes et au MOT 4-6. Les enfants ayant un niveau élevé de réponse réflexe actif avaient un niveau bas d'habiletés motrices. Il est intéressant de noter que plus l'enfant était âgé, plus son MOT 4-6 était élevé et son niveau d'intégration réflexe actif était bas. Mais les auteurs ajoutent qu'aujourd'hui aucune étude ne décrit précisément et sans ambiguïté à quel âge un enfant intègre complètement tous ses réflexes.

Des interventions expérimentales sous forme d'exercices ludiques ont été mis en place dans les écoles auprès des enfants pour tâcher de réduire l'activité des réflexes non-intégrés et permettre aux mouvements volontaires de trouver leur place. Goddard Blythe et al. ont écrit que malgré les preuves historiques du lien entre réflexes primitifs, maturité des habiletés motrices et réussite scolaire, aucune routine de dépistage n'a été installée dans le système éducatif (2021, p.3-10). Cent-vingt enfants de quatre et cinq ans ont participé à cette étude mettant en place un programme quotidien de développement physique (« Movement for Learning ») pendant le temps scolaire par l'enseignant(e). Il s'agissait d'un programme complet et classique d'exercice (movementforlearningproject.co.uk), non spécifique au traitement des réflexes. Pour percevoir les progrès des élèves, le RTAC, le RTSC et le RTL (selon la méthode de Sally Goddard Blythe : RTAC/RTSC en position quadrupédique, RTL en position debout) ont été testés et notés en début puis en fin d'année scolaire. La moitié a réalisé « Movement for Learning », l'autre moitié a servi de groupe témoin. Les deux groupes avaient des résultats similaires aux tests en début d'année mais ils ont significativement augmenté pour le groupe intervention, contrairement à celui sans intervention.

Deux articles retrouvés dans le cadre de cette revue de littérature ont abordé les troubles morphostatiques et musculo-squelettiques. Le premier date des années quatre-vingt, des enfants de dix à quatorze ans ont pris part à cette étude : un test de dépistage de scoliose et un test de présence du RTAC étaient réalisés. Il semble qu'une relation existe entre la présence d'un RTAC non intégré et le développement d'une scoliose, et le côté pour lequel s'exprime ce RTAC concorde avec le côté de la convexité (primaire). En revanche, le sexe de l'enfant n'a pas d'influence sur la présence d'une scoliose ou un RTAC encore présent. Les auteurs ont conclu que le testing des réflexes primitifs, en particulier le RTAC, pouvait faire partie du testing clinique de la scoliose (Connolly et Michael, 1984, p.307).

Le second, plus récent, a justement étendu la recherche à trois réflexes : le RTAC, le RTSC et le réflexe de Galant, selon la méthode de Sally Goddard Blythe. Le scoliomètre permettait de calculer l'angle de rotation du tronc. La population ciblée était soixante-et-un enfants « sains » de cinq à neuf ans. Une corrélation significative a été faite entre la rotation droite du tronc (plus courante que la rotation gauche dans la population générale) et le réflexe spinal de Galant du même côté. L'asymétrie de rotation du tronc était plus fréquente chez les filles que chez les garçons (Gieysztor et al., 2018, p.364-365).

La corrélation entre réflexes primitifs et troubles dys- est donc très bien documentée, mais qu'en est-il à l'âge adulte ?

À retenir :

TDAH et troubles dys-

- Les troubles liés au TDAH semblent coïncider avec la persistance du RTAC et du RTSC.
- Un programme sensori-moteur adapté chez des sujets atteints de TDAH permet d'intégrer les réflexes primitifs et d'améliorer leurs performances cognitives et motrices.
- Il semble exister une corrélation entre un RTAC persistant et la dyslexie chez les enfants.
- Un pourcentage important d'enfants en âge scolaire semble conserver des réflexes primitifs dans leur quotidien.
- Le dépistage des réflexes primitifs aux âges pré-scolaire et scolaire pourrait permettre une prise en charge précoce des troubles dys-.
- La mise en place de programmes préventifs d'intégration des réflexes pourrait améliorer les performances scolaires.
- Il semble qu'une corrélation soit présente entre la persistance du RTAC et le développement d'une scoliose.
- La persistance du réflexe de Galant semble être corrélée à une asymétrie de rotation du tronc du même côté.

1.4.3. Troubles à l'âge adulte et pathologies neuro-dégénératives du sujet âgé

Assez peu d'études ont recherché la persistance de réflexes chez les adultes « sains ». Une d'elle dans les années mille neuf-cent-quatre-vingt-dix, a testé quatorze réflexes primitifs (dont le RTAC, le grasping plantaire et le grasping palmaire) avec trois protocoles : un avec trente sujets adultes sains et deux avec chacun trente sujets neurologiques (tout type de pathologies telles que des accidents vasculaires cérébraux, des démences vasculaires, des tumeurs du cerveau, etc.). Aucun sujet (sain et neurologique) n'avait de RTAC encore présent ou réapparu. Le grasping palmaire était retrouvé chez six sujets sains, le grasping plantaire chez un seul sujet sain. Malheureusement il n'est pas décrit de quelle manière sont testés les réflexes primitifs.

Deux études pourraient prouver que le RTAC est présent chez l'adulte sain, elles cherchaient à prouver l'influence de ce réflexe sur la force des poignets et des doigts, mais encore une fois, aucune donnée ne nous permet de savoir si les sujets présentaient réellement un RTAC non intégré (avaient-ils été testés et si oui, comment ?) (Berntson et Torello, 1977; Curry et Cleland, 1981). Cette carence a été en partie rétablie par l'étude de Bruijn et al., trente années plus tard. Le terme « en partie » est important car seulement dix sujets « sains » ont participé à l'expérimentation. Ils étaient installés en quadrupédie sur leurs mains et leurs genoux, pour tester le RTAC et le RTSC, comme décrits dans les caractéristiques de chaque réflexe dans la première partie de ce travail. Un système cinématique composé de marqueurs d'angle au niveau des coudes permettaient de détecter une possible flexion ou extension des coudes pendant la réalisation du RTAC gauche/droit ou du RTSC flexion/extension. Plusieurs sujets ont fléchi leur coude opposé pendant la réalisation du RTAC ou ont fléchi les coudes pendant la réalisation du RTSC en flexion, ce qui prouve la présence de traces de ces réflexes chez les adultes sains (chaque test n'a pas été coté comme il est possible de le faire avec l'échelle de Sally Goddard Blythe par exemple). Les auteurs ont suggéré d'étendre l'étude sur les réflexes toniques du cou à d'autres activités comme la marche ou la natation pour en connaître les effets (bénéfiques ou indésirables ?) (Bruijn et al., 2013, p.90-91).

Plusieurs pathologies ont tenté d'être reliées à la présence de réflexes non intégrés. Il s'agit en réalité d'une régression des réflexes. Lorsqu'un réflexe primitif est intégré, il ne disparaît pas complètement, il est inhibé ou « endormi », et peut réapparaître en cas d'urgence, notamment lors d'un dysfonctionnement des centres supérieurs du SNC. Une étude dépassée de cinquante ans décrivait déjà l'intérêt de tester un réflexe primitif (le réflexe glabellaire, non décrit dans ce travail) dans le diagnostic précoce de la maladie de Parkinson, régression du réflexe pouvant selon eux être causée par « les lésions destructives de l'hémisphère cérébral » (Pearce et al., 1968, p.508).

Ces résultats ont été confirmés par Vreeling et al. (1993, p.1323-1325). Le réflexe glabellaire ainsi que le réflexe naso-palpébral pourraient participer au dépistage de la maladie de Parkinson. Le RTAC, le grasping plantaire et le grasping palmaire étaient intégrés dans les deux groupes, « patient » et « contrôle ».

L'hémiplégie et la ré-apparition de certains réflexes primitifs, notamment le RTAC, a été recherchée dans une étude. Au-delà de savoir si les patients hémiplégiques présentaient un RTAC présent, les auteurs se sont interrogés sur leur prise en charge. L'intensité du RTAC était la même entre les patients hémiplégiques et les sujets sains. Mais la pathologie étant si handicapante, les thérapeutes doivent-ils faire fonctionner le RTAC des patients ?

« L'observation d'un RTAC exagéré dans le mouvement de la personne hémiplégique doit être considéré comme une réponse normale à la détresse du système nerveux plutôt qu'un symptôme de la pathologie (...) Empêcher les patients d'utiliser le RTAC pour augmenter leur posture et leur mouvement sans fournir d'assistance supplémentaire pour accomplir la tâche demandée ne peut qu'augmenter la détresse des patients et produire une autre forme de réponse dysfonctionnelle. Cependant, renforcer l'utilisation du réflexe par le patient pour accomplir une activité peut l'empêcher de réintégrer un niveau supérieur de contrôle postural. L'objectif de la thérapie peut ne pas être d'encourager ou d'empêcher l'utilisation du RTAC, mais d'améliorer l'adaptation posturale du patient afin qu'il ne se fie pas au réflexe pour apporter une réponse adaptative à l'environnement. » (Warren, 1984, p.391)

Nous avons épluché un maximum d'articles nous permettant d'avancer dans ce travail. Pour créer ce possible lien des réflexes archaïques, des pathologies associés et de l'ostéopathie, il est temps d'apporter des précisions sur notre concept qu'est le modèle fondamental de l'ostéopathie structurelle.

À retenir :

Troubles à l'âge adulte

- Peu d'études fiables ont été réalisées chez des sujets adultes.
- Certains réflexes, comme le RTAC et le RTSC, seraient persistants chez des adultes sains.
- La persistance du réflexe glabellaire et du réflexe naso-palpébral peut être inclus dans le diagnostic précoce de la maladie de Parkinson.
- Le RTAC peut réapparaître après un Accident Vasculaire Cérébral (AVC), mais faut-il chercher à le réintégrer ?

2. MODÈLE FONDAMENTAL DE L'OSTÉOPATHIE STRUCTURELLE (MFOS)

Considérant que les courants ostéopathiques sont nombreux, il est essentiel pour moi de conceptualiser la vision telle qu'elle m'est enseignée à l'IFSO Rennes.

Le tissu conjonctif est l'essence de notre enseignement et de notre pratique. Sa souplesse et son élasticité en font une structure favorable à la théorie mécanique et donc au traitement ostéopathique.

Selon Terramorsi (2013, p.23), ostéopathe et l'un des fondateurs de l'école, « dans le corps, les structures responsables de l'élasticité et de la souplesse (...) siègent essentiellement dans les matrices extracellulaires. Les tissus conjonctifs étant ceux dont les matrices extracellulaires sont les plus abondantes, par extension, je dis souvent que le tissu responsable de l'élasticité et de la souplesse est le tissu conjonctif. »

La structure du tissu conjonctif peut changer d'état.

Si elle est hyper-sollicitée, elle répondra par une rupture ou une usure, entraînant des douleurs dites spontanées.

Si elle est hypo-sollicitée, une baisse des besoins énergétiques locaux entraînera une baisse des échanges liquidiens et donc augmentera les processus statiques au détriment des processus dynamiques. Cet état stable, correspond à une perte des qualités de souplesse et d'élasticité du tissu conjonctif, caractéristique de la Lésion Tissulaire Réversible (LTR). Cette LTR « devient donc durable dans le temps. Elle est auto-entretenu. Elle ne peut s'auto-réduire. » (Terramorsi, 2013, p.110-111) (Fig.23)

Les sollicitations décrites ci-dessus sont séparées par une frontière, appelée Potentiel. Ce potentiel génétique à la naissance, est amoindri par les effets du vieillissement et des séquelles d'événements (traumatiques, médicaux, chirurgicaux,...), pour s'inscrire comme un Potentiel Vital Actualisé (PVA). On considérera donc la partie irréversible des pathologies au-dessus de ce PVA : la structure est hyper-sollicitée par rapport à ce PVA. La physiologie potentielle se situera sous le PVA, les LTR siègeront donc sous le PVA, la structure est hypo-sollicitée par rapport au PVA.

L'hypo-sollicitation sera donc soit primaire par manquement aux règles « idéales » d'hygiène de vie (sommeil, hydratation, exercice physique, etc.), soit secondaire à un accident de la vie (accident domestique, accident de travail, etc.). Elle pourra « concerner la fonction propre à la structure, mais également les variables de régulation, plus ou moins distantes (mécaniques, neurologiques et vasculaires), ainsi que les variables de fonction ou de milieu. » (Terramorsi, 2013, p.112-113)

Les techniques manipulatives structurelles à visée réflexe n'auront pas pour but de rectifier la position d'une articulation mais de stimuler le tissu conjonctif « pour l'informer et modifier la circulation des liquides localement afin de rétablir les échanges et la communication, au moins à son niveau. » (Terramorsi, 2013, p.154)

Le concept semble donc assez proche de celui des réflexes primitifs et nous allons l'expliquer. Les recherches effectuées dans la revue de littérature vont dans ce sens. Le processus d'intégration d'un réflexe est réversible sous certaines conditions.

Il est réversible lorsque le SNC est dans un état de fonctionnement normal ou sain.

Chez un individu sain et dans des conditions « idéales », le réflexe passera de « présent » à « intégré » durant la première année de vie.

Chez un individu sain ayant subi des contraintes « légères » pendant les premières années de vie, nous pouvons citer quelques exemples : une naissance médicalisée par césarienne ou par forceps, un traumatisme bénin comme une chute à vélo, un bouleversement émotionnel comme le divorce de ses parents, un manque de mouvement par manque de stimulations sensorielle et motrice, etc. Le réflexe passera de « présent » à « persistant », mais pourra, grâce à une prise en charge adéquate, être « intégré » (pendant l'enfance ou à l'âge adulte).

Chez un individu avec une pathologie irréversible du SNC à la naissance ou durant les premiers mois de vie, le réflexe pourra dans un premier temps être « absent » et dans un second temps être

« persistant » par rapport à un individu sain (c'est le cas pour un sujet paralysé cérébral). La prise en charge peut parfois permettre la « réintégration » du réflexe, ceci dépendant de la gravité de l'atteinte.

Chez un individu avec une pathologie irréversible durant l'enfance ou à l'âge adulte, le réflexe « intégré » pourra être « réactivé », c'est-à-dire réapparaître à cause de l'atteinte du SNC. La prise en charge peut parfois permettre la réintégration du réflexe, ceci dépendant de la gravité de l'atteinte.

Le concept pourrait également se lier avec celui de Terramorsi. La persistance ou la réactivation d'un réflexe peut faire partie des hypo-sollicitations secondaires, et donc entraîner des LTR. Par exemple un nourrisson qui n'a pas été assez stimulé et mis sur le ventre, n'intégrera peut-être pas correctement son réflexe de Galant d'un côté ou des deux, puis plus tard son RTSC en extension, deux réflexes qui permettent de tonifier les muscles du dos pour aller vers la position érigée. Cette « hypotonie » du plan postérieur entraînerait des compensations (plan antagoniste ?) et des LTR locales et à distance.

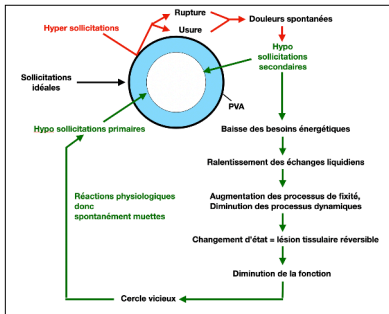


Figure 23. Processus d'installation de la lésion : synthèse (Terramorsi, 2013, p. 113)

3. HYPOTHÈSES DE LIEN ENTRE RÉFLEXES ARCHAÏQUES ET OSTÉOPATHIE

Hypothèse 1 : « Des lésions ostéopathiques peuvent-elles influencer la persistance ou la réapparition de réflexes archaïques ? »

Hypothèse 2 : « La présence de réflexes archaïques non-intégrés peut-elle influencer l'apparition de lésions ostéopathiques ? »

4. MATÉRIEL ET MÉTHODES : CONSTRUCTION AUTOUR DE L'ENTRETIEN

4.1. TYPE DE RECHERCHE

Disposant d'une littérature scientifique restreinte sur le sujet, le choix de l'entretien était à notre sens la meilleure solution. Il permet à l'interlocuteur de partager son quotidien à travers son ressenti, son organisation et ses expériences personnelles et professionnelles. Il permet également d'obtenir un contenu plus riche que celui du questionnaire.

L'entretien peut être libre, semi-dirigé ou dirigé. Après recherche des différentes caractéristiques de chacun d'eux, il paraissait judicieux de trancher entre les extrêmes. L'entretien semi-directif impose des thèmes dans un ordre plus ou moins déterminé, guidant l'interviewé tout en lui laissant la possibilité de s'exprimer et d'élargir la conversation à des remarques qui lui sont chères.

« L'entretien est donc une conversation ou un dialogue qui a lieu généralement entre deux personnes. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur. Ce dernier ayant établi une relation de confiance avec son informateur va recueillir un récit en s'appuyant sur un guide préalablement testé et construit à l'issue de travaux de recherche exploratoire (...) L'accès à un dialogue authentique nécessite, voire exige, pour le chercheur d'être à l'écoute, attentif, patient, et curieux de l'Autre, de son histoire, afin d'entrer dans son univers de sens pour le décrypter ensuite tout en gardant « la juste distance. » (Imbert, 2010, p.25)

4.2. POPULATION CIBLÉE ET CONTACTÉE

Afin de répondre au mieux à mes hypothèses, nous avons ciblé des praticiens diplômés en ostéopathie, faisant usage de bilans et de traitements des réflexes archaïques.

Huit ostéopathes ont été contactés par « texto » de la façon suivante :

- le premier ostéopathe était formateur en posturologie. Je l'ai rencontré lors d'une formation sur ce thème (posturologie par Dr Bricot au CIES) où étaient également abordés les réflexes.
- le deuxième ostéopathe était un ami d'un collègue de mon école.
- les six autres ostéopathes ont été repérés sur l'annuaire du site de l'IMP (Intégration Motrice Primordiale, <https://www.reflexes.org/accompagnants/>).

Les deux premiers cités ont accepté ma demande d'entretien. Pour le reste, retrouvé sur l'annuaire, deux d'entre eux ont répondu favorablement. Nous avons donc pu réaliser quatre entretiens.

4.3. CONTENU ET DÉROULEMENT DE L'ENTRETIEN

Le guide d'entretien a été accompli en amont. Il contenait deux parties principales : une première partie relationnelle et une deuxième partie spécifique (Fig.24).

La première partie permettait :

- de présenter l'intervieweur, le thème du TER et sa problématique
- à l'interviewé de se présenter (nom, prénom, métier, années d'exercice, formations...)

La deuxième partie se composait de quatre sous-parties :

- l'abord des réflexes archaïques en cabinet par l'ostéopathe
- des précisions sur les réflexes archaïques utilisés
- son avis sur les hypothèses du TER
- une dernière sous-partie « liberté d'expression ».

Guide d'entretien

Présentation de l'auteur du TER, présentation du thème et de la problématique

PARTIE RELATIONNELLE

Administratif : sujet ciblé, mise en confiance
Nom, prénom, sexe, lieu d'exercice, profession
Années d'exercice
Formation réalisée sur les réflexes archaïques
Autres formations réalisées

PARTIE ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

Questions :

A- Thème : abord des réflexes en cabinet
Comment abordez-vous les réflexes dans votre pratique ?
Avec quelle patientèle les utilisez-vous ? Pouvez-vous me donner un ou deux exemples récents ?
Dans quelles pathologies testez-vous les réflexes ?

B- Thème : précisions sur les réflexes
Quels réflexes testez-vous principalement ?
Quand les testez-vous ? Pendant l'examen clinique ou suite à la séance (1ère ? 2ème ?) ? De façon exceptionnelle ou de façon systématique ?
Quelle part (en pourcentage) donnez-vous aux réflexes par rapport à l'ostéopathie dans vos séances ?
Donnez-vous des exercices à réaliser en autonomie ?

C- Thème : hypothèses du TER
Quel lien faites-vous entre l'ostéopathie et les réflexes ?
Des lésions ostéopathiques peuvent-elles influencer la non-intégration ou la réapparition de réflexes ?
La présence de réflexes non intégrés peut-elle influencer l'apparition de lésions ostéopathiques ?

D : Thème : liberté d'expression
Laisser une possibilité d'expression libre avant de terminer l'entretien

Figure 24. Guide d'entretien semi-dirigé

5. RÉSULTATS DES ENTRETIENS

5.1. PRÉSENTATION DES INTERVIEWÉS

Le tableau 1, ci-dessous, décrit chaque praticien ostéopathe interviewé dans le cadre de ce TER.

Ostéopathes	ITW1	ITW2	ITW3	ITW4
Sexe	Féminin	Masculin	Masculin	Masculin
Région d'exercice France	Nord-Est	Sud-Est	Centre	Paris
Date du diplôme en Ostéopathie	2013	2000	2018	2006
Diplôme initial	Ostéopathie	Masso-kinésithérapie	Masso-kinésithérapie	Masso-kinésithérapie
Formation réflexes archaïques	2015-2017 Institut IMP Par Paul Landon	« Il y a quelques années » Institut IMP Par Paul Landon	2018 Chikly Institute Par Bruno Chikly	2015 Institut CIES Par Cécile Mathieu Mezzorana
Autres formations citées (en lien ou non avec les réflexes)	- Plusieurs formations par Bernadette de Gasquet	- Formateur pour l'institut IMP (Intégration Motrice Primordiale) - Une formation par an depuis 20 ans	- P-DTR (Proprioceptive - Deep Tendon Reflex) par Dr José Palomar - Fasciathérapie par Danis Bois - Plusieurs formations par JP Barral - Formation par Nathalie Camirand	- Posturologie par Dr Bricot (CIES) - Auriculothérapie par Dr Bricot (CIES ou Collège International d'Étude de la Statique)

Tableau 1. Description des quatre ostéopathes interviewés

5.2. PATIENTÈLE AU CABINET

Pour tous les interviewés (ITW), la patientèle en ostéopathie est variée. L'ITW4 voit un nombre important de sportifs de haut niveau (une soixantaine sont suivis régulièrement).

Concernant la patientèle en réflexes archaïques, l'organisation de chacun est différente. Pour l'ITW1 comme pour l'ITW2, la majorité des patients sont des enfants âgés de 5 à 12 ans. L'ITW2 mentionne que ces enfants « sont adressés par des orthophonistes, des ergothérapeutes, des psychomotriciennes ». Globalement, leur activité est scindée en deux : une patientèle « ostéopathie » et une patientèle « réflexes archaïques ». Pour ces deux interviewés, rien ne les empêche de proposer des bilans à leurs patients en seconde intention, lorsqu'il y a indication à le faire, suite à un traitement ostéopathique.

Pour l'ITW3, les réflexes archaïques sont intégrés dans les séances d'ostéopathie, donc les bilans « réflexes » peuvent toucher toute sa patientèle. Il en va de même pour l'ITW4 qui intègre les réflexes dans son bilan de posturologie, nous reviendrons plus tard sur son fonctionnement.

L'ITW1 voit entre cinq et dix pour cent de sa patientèle pour des « réflexes » chaque semaine, l'ITW2 en comptabilise entre dix et quinze pour cent. Pour l'ITW3, la part est variable selon l'anamnèse et les symptômes de ses patients. L'ITW4 teste quasiment l'intégralité de ses patients, en première ou en deuxième séance.

5.3. ABORD DES RÉFLEXES EN CABINET

La manière d'aborder les réflexes pour les interviewés est forcément basée sur la manière dont ils ont été formés. Les tests d'intégration des réflexes sont similaires pour chacun d'eux, c'est-à-dire les mêmes positionnements que ceux décrits dans la première partie de ce TER. Pour ce qui est du traitement, de l'intégration d'un réflexe, l'approche est différente. Pour l'ITW1 et l'ITW4, leurs formations et leurs connaissances se basent sur des concepts vu à l'IMP et au CIES : Mouvements rythmiques ou RMT® en anglais (Rhythmic Movement Training), les exercices avec sacs de grains, les activités Brain Gym®, etc. L'ITW2 utilise ces méthodes mais également un travail crânien pour intégrer les réflexes primitifs, sans obtenir plus de détails. Ces trois praticiens proposent à leurs patients une routine d'exercices, basés sur les concepts cités, à réaliser au domicile. L'ITW1 propose un remodelage du réflexe durant la séance puis donne entre trois et cinq exercices, cinq minutes par exercice à exécuter chaque jour à la maison. L'ITW2 les nomme « exercices de consolidation », en donne rarement plus de trois et revoit le patient « un mois plus tard pour vérifier si l'ancrage neuronal s'est bien fait ». L'ITW4 ne précise pas le nombre d'exercices mais la fréquence : tous les jours pendant une à trois minutes en fonction de l'exercice, pendant environ six semaines.

L'ITW3, formé par Bruno Chikly, a pris le temps de décrire son fonctionnement : « globalement dans l'ordre des choses (...) tu fais l'ostéopathie classique, dans le sens, tu trouves tes tensions, tu les normalises jusqu'au moment où la personne est équilibrée, (...) normaliser le système nerveux, ça c'est le deuxième point. (...) Et le troisième point c'est les réflexes. (...) Quand le patient est équilibré mais qu'il a encore des symptômes et tu veux approfondir quelque chose, à ce moment-là tu commences à lui faire des tests de provocation, tu lui testes les réflexes. »

Une fois les tests d'intégration réalisés, selon les propos de l'ITW3, des tests d'écoute du crâne et de la moelle épinière permettent de percevoir des ADNA (Area of Diffusion Neural Activation ou Zone d'Activité Neurale Diffuse). Ces zones « denses » sont à corréliser avec la persistance de réflexes primitifs (tests positifs) et le traitement est dépendant de l'expérience technique du praticien, « si tu fais de l'énergétique fais de l'énergétique, si tu fais du fascia fais du fascia, si tu fais du structurel trouve cette densité qui a changé. Si tu fais de la biodynamie, tu utilises tes protocoles de biodynamie ». Il termine sa réponse par : « un réflexe peut avoir une, parfois deux, très rarement trois zones qui émettent le système nerveux et qui font que la stratégie du corps c'est d'utiliser le réflexe au lieu d'utiliser les schémas plus cortiqués pour gérer la situation. »

5.4. INDICATIONS AUX BILANS « RÉFLEXES »

L'ITW1 reçoit des enfants présentant « difficultés de concentration, difficultés d'apprentissage, agressivité ou problèmes de comportement, développement moteur, émotionnel aussi ». Les indications sont proches pour les patients de l'ITW2 : « troubles dys-, TDA et TDAH », mais il arrive aussi que ce dernier travaille avec des « adultes mais avec des problèmes spécifiques ou sur des personnes âgées ». L'ITW1 voit également des adultes dont les motifs de consultation sont : « avoir plus confiance en eux, chercher une explication dans leur incapacité motrice », tout en ajoutant : « Parfois ils n'arrivent pas à bien croiser la ligne médiane. Pourquoi est-ce qu'ils sont un peu désorientés ? Pourquoi cette situation les stresse ? »

Aucun interviewé ne voit de patients atteints de pathologies neurologiques ou neuro-dégénératives.

L'ITW3 fonctionne différemment. Pour chaque pathologie (les plus connues), quels types de réflexes faut-il investiguer ? Bruno Chikly a créé une liste des liens réflexes/pathologies :

- « Par exemple : tendinite d'Achille ou aponévrosite, c'est des zones qui se ressemblent mais tu vas avoir le réflexe plantaire. Est-ce que ça réagit ? Est-ce que tu as le réflexe de Babinski ? (...) ou un autre réflexe, la formation est en anglais, c'est le tendon guard, c'est le réflexe de protection des tendons. »
- « Par exemple quelqu'un vient pour des cervicalgies, quelqu'un qui travaille beaucoup sur l'ordinateur, du coup il y a des réflexes comme tonique asymétrique du cou, tonique symétrique du cou, ça vaut le coup de les voir en fonction des positions que les gens prennent. (...) c'est très important chez les gens qui roulent beaucoup en voiture. »

- « Par exemple le réflexe de Moro il est associé à des réactions sympathiques, si le réflexe de Moro n'est pas bien intégré, à ce moment-là, souvent les réactions du système sympathique peuvent être exagérées. Si le patient me dit qu'il a des peurs, des angoisses, il y a un petit bruit le patient sursaute tout de suite, s'il me parle de ce côté un peu sur-réactif, je pense au Moro. Ou il y a le réflexe de peur paralysante qui doit être complètement intégré pour que le Moro puisse faire son travail, pour qu'il puisse être intégré à son tour. Le réflexe de peur paralysante est plus lié au parasympathique, à cette branche ancienne qui peut donner justement ces réactions de freeze. Tu sais par exemple, il y a un petit bruit et la personne est complètement paralysée. »

La méthodologie de l'ITW4 est basée sur le concept de reprogrammation posturale. Il réalise un bilan postural : « vous avez des déséquilibres : oui/non ? », si oui « bilan des entrées posturales : les pieds, les yeux, la mâchoire, les dents, les cicatrices, etc.; puis bilan des réflexes ». Chaque patient est examiné sur ce principe. Pour chaque capteur postural problématique ou réflexe persistant, une solution est proposée (directement par le praticien ou en dirigeant le patient vers un autre spécialiste comme un dentiste par exemple). Selon ses propos, si les semelles posturologiques sont enlevées, le réflexe revient tout de suite. Les semelles permettraient donc de « maintenir l'absence du réflexe donc de permettre au système de retrouver un meilleur équilibre, un meilleur contrôle moteur et d'aller beaucoup plus vite dans la reprogrammation des schémas moteurs et dans la modification du tonus de base du muscle, parce qu'à un moment donné si tu arrives même à modifier la sensibilité du fuseau neuro-musculaire donc on retrouve une tonicité de repos qui doit être normale et symétrique, c'est le côté important aussi : basique et symétrique ». Les réflexes primitifs sont donc un des piliers de l'approche globale. En conclusion, chez cet ostéopathe, tout patient dispose d'un bilan des réflexes primitifs dans la séance.

5.5. PRÉCISIONS SUR LES RÉFLEXES

Il était demandé aux ostéopathes interviewés quels réflexes étaient testés. Pour l'ITW1, « il y a une quarantaine de tests, cela fait peut-être une trentaine de réflexes. Cela fait une quarantaine de mises en situation pour voir comment le corps réagit, comment le corps se débrouille ». Concernant l'ITW2, « le testing de base c'est entre quinze et vingt », avec possibilité d'en rajouter au cours de l'apprentissage. Comme nous l'avons déjà précisé dans le paragraphe précédent, l'ITW3 teste en fonction des pathologies ou des symptômes, il fait les réflexes « palmaire et plantaire pour tout ce qui est pathologies des mains, des avant-bras, des chevilles, des pieds, aponévrosites, tendons, voilà c'est les choses qui sont liées avec le local. Le réflexe de Galant, c'est pour des lombalgies, des problèmes de vessie aussi. Le réflexe tonique symétrique du cou et le réflexe tonique asymétrique du cou, beaucoup pour les cervicalgies. Et pour les problèmes de Système Nerveux Autonome, c'est le Moro et le deuxième c'est Peur Paralysante pour le parasympathique. Ceux-là c'est ceux qui reviennent le plus souvent ».

Le screening de l'ITW4 est automatisé : « RPP (Réflexe de Peur Paralysante), Moro, RTAC (Réflexe Tonic Asymétrique du Cou), labyrinthique antérieur, labyrinthique postérieur (ou RTL flexion et extension), RPT (Réflexe de Protection des Tendons), plantaire (grasping plantaire), Babinski, amphibien, Galant, Perez, reptilien, Landau, palmaire (grasping palmaire), peu le Babkin. »

5.6. LIEN ENTRE OSTÉOPATHIE ET RÉFLEXES

L'ITW2 y voit un lien entre le plot « neurologique » et le plot « émotionnel », « puisque la ré-émergence d'un réflexe chez l'adulte intervient souvent après un choc traumatique ou un choc émotionnel, donc une perte de l'inhibition par le cortex pré-frontal, du coup ce qui est sous-cortical peut se ré-exprimer ».

L'ITW1 donne deux exemples très intéressants : un enfant de quatre ou cinq ans était venu avec sa mère psychomotricienne pour un bilan des réflexes primitifs, le motif étant « il a souvent mal au dos ». Cet enfant a fait des séances d'ostéopathie chez un autre praticien auparavant. Il lui manquait « de la verticalité » avec des RTSC et RTL persistants, « c'est un enfant qui se tasse avec les jambes en X (...) les douleurs persistent malgré les séances ostéo car il n'a pas cette tonicité, cette verticalité, il a donc toujours le ventre qui part en avant ».

L'autre exemple concerne les adultes, ils « sont toujours avec des grandes tensions des chaînes postérieures, un réflexe de Moro hyper présent et en ostéopathie, qui ont toujours des lombalgies. On peut travailler sur le Moro, la sécurité, le RTP avec la détente du moilet ».

La praticienne donne une astuce intéressante sur la possibilité d'un biais sur la mise en place du test du RTAC debout : comment être sûr que le mouvement des bras dans le sens homolatéral à la rotation de tête, n'est pas essentiellement causé par un manque de mobilité cervicale, donc peut-être par la présence de lésions ostéopathiques ? Elle dit : « (...) c'est bien de le retester à quatre pattes (...) Moi j'arrive à voir maintenant si c'est « réflexes » ou s'il y a une dysfonction cervico-dorsale. En général « réflexes » ça part assez vite, si c'est C7-T1, c'est vraiment en fin de mouvement, et en fonction de l'état général de la personne. »

L'ITW3 nous partage également son expérience, l'expérience professionnelle étant un des intérêts marquants d'un entretien : « J'ai une patiente qui vient, elle est bien diagnostiquée parce que sa douleur est là depuis dix mois, elle a une aponévrosite plantaire. Elle a vu déjà je crois un ou deux ostéos, elle a vu un médecin, elle a fait des infiltrations, elle a fait des tonnes de séances kiné, elle a fait des semelles, elle a perdu du poids, elle a fait du renforcement, des étirements, elle a tout fait. Et du coup, elle vient me voir parce que quelqu'un lui a conseillé, je fais mon travail ostéo de base, je regarde au niveau des chevilles mais articulairement il n'y avait pas grand-chose, il y avait quelques petites bricoles au niveau du bassin et des lombaires et après il y avait deux trucs à faire, j'ai fait d'abord un travail crânien sur le système nerveux central avant de faire les réflexes, du coup j'ai travaillé dans la zone du cervelet dans un premier temps, et dans une deuxième temps j'ai stimulé son pied et j'ai travaillé de nouveau le cervelet et dans différentes zones du cerveau pour lui enlever tout ça. Et la patiente, au moment où elle s'est levée, pour la première fois depuis les dix mois, elle ne ressentait plus de douleurs, plus du tout (...) J'en étais très content, c'est exactement ce que je pense qu'il allait se passer mais la vérité c'est que je ne pensais pas que son machin allait être résolu à 100% en une séance, j'étais peut-être un peu moins surpris qu'elle mais j'étais assez surpris (...) Et c'était il y a trois mois et pour l'instant je ne l'ai pas encore revue et vu que j'étais la seule personne qui a eu un impact sur sa pathologie, je pense qu'elle serait revenue mais pour l'instant je ne l'ai pas encore revue. »

L'ITW4 nous raconte sa séance avec un patient de cinquante-cinq ans venu le voir pour des douleurs lombaires : « Je lui ai fait la posture, je l'ai manipulé, je devais le revoir 6 semaines après, au bout d'un mois il allait mieux mais il avait toujours une douleur, surtout d'un côté. Quand il est revenu, il était plutôt bien, il avait travaillé sérieusement mais il lui restait une petite bascule du bassin qui n'était pas corrélable avec une jambe courte. » Le traitement posturologie/ostéopathie ne suffisait pas à supprimer la totalité de la plainte du patient. « Après j'ai retrouvé les mêmes lésions ostéopathiques mais j'ai trouvé un Galant asymétrique, côté droit positif et intégré côté gauche avec une légère gibbosité du côté du réflexe présent. Quand il a fait ses exercices, il n'a plus eu mal du tout ». Il ajoute que le réflexe de Galant est excité dès que l'on bouge et que les vêtements frottent, favorisant un déséquilibre, donc une restriction de mobilité.

Ce même réflexe de Galant nous est décrit dans un cas clinique d'un patient soigné par l'ITW2 : « quelqu'un qui a des lombagos à répétitions avec une perte de conscience proprioceptive dans sa zone dorso-lombaire et qui arrive en hyperalgie. Si on commence par travailler le réflexe de Galant puis de Perez, on arrive à shunter certaines barrières douloureuses donc à redonner de la mobilité au patient et donc avoir un gain de temps sur la séance. » Le fonctionnement est donc contraire à l'ITW4 qui démarrait par l'ostéopathie puis enchaînait sur les réflexes.

5.7. RÉPONSES PERSONNELLES AUX HYPOTHÈSES DE TRAVAIL

Il était donné, aux praticiens interviewés, l'intitulé exact des hypothèses de travail et nous leur demandions quel était leur avis sur ces interrogations croisées.

Nous rappelons les deux hypothèses :

- Hypothèse 1 : « Des lésions ostéopathiques peuvent-elles influencer la persistance ou la réapparition de réflexes archaïques ? »
- Hypothèse 2 : « La présence de réflexes non-intégrés peut-elle influencer l'apparition de lésions ostéopathiques ? »

Hypothèses	1	2
Réponses	OUI/NON	OUI/NON
ITW1	OUI	OUI
ITW2	NON	OUI
ITW3	OUI	OUI
ITW4	NSPP	OUI

NSPP = Ne Se Prononce Pas

Tableau 2. Réponses des interviewés aux deux hypothèses

Les réponses sont affirmatives à l'unanimité pour l'hypothèse 2, tandis que celles concernant l'hypothèse 1 sont moins tranchées. En effet, l'ITW4 ne souhaitait pas se prononcer, ne savait pas, l'ITW1 et l'ITW3 trouvaient l'hypothèse juste alors que l'ITW2 pensait le contraire. (Tableau 2)

L'ITW1 justifie ses réponses par l'affirmative en donnant trois exemples, l'un d'eux est parlant, les deux autres seront donnés lors de la discussion, nous vous expliquerons pourquoi. Selon elle, aujourd'hui, les enfants utilisant les écrans (téléphone, ordinateur, etc.) « ont ce problème maintenant avec les écrans, ils ont souvent la tête en avant, ils n'ont pas de tonicité au niveau des cervicales », la praticienne leur teste donc le RTL (cf description du test du RTL en première partie), et « il y a tout qui bouge mais parfois ils ont les cervicales ou les dorsales supérieures il y a un gros manque de mobilité donc là je leur demande d'aller chez l'ostéo [elle ou un autre ostéopathe du choix du patient] et ils reviennent la séance d'après, ils arrivent beaucoup mieux leurs exercices. Donc j'avance beaucoup plus vite en alliant les deux ».

L'ITW2 confirme son propos sur l'hypothèse 2 en expliquant que la persistance de réflexes « influence la mise en place de schémas posturaux coûteux en énergie et donc à terme, des contraintes sur le système ostéo-articulaire et musculaire ». « Il y a modification du schéma moteur, puisque les réflexes c'est la mise en place de schémas moteurs, qui si elle n'est pas compensée ou rééquilibrée, va générer des adaptations du corps et qui à terme peuvent devenir des lésions avec le temps ». Par des notions anatomo-physiologiques, sa réponse à l'hypothèse 1 est décrite par un exemple de lésion au niveau de la charnière occipito-atloïdienne (C0-C1) pouvant jouer sur le nerf vague, jouer sur les noyaux et donc pourrait « avoir une influence mais indirecte. »

L'hypothèse 1 n'était pas toujours très claire pour eux lors de l'entretien. Pour trois d'entre eux, j'ai tenté d'explicitier la formulation en donnant une partie de mon histoire personnelle. Mon fils, Céleste, est né avec un torticollis congénital. Il est difficile voire impossible de savoir si ce torticollis s'est constitué in utero ou lors de l'accouchement. Etant déjà renseigné sur les réflexes primitifs, je me suis donc posé cette question : « si mon fils n'avait pas rapidement consulté un ostéopathe puis réalisé des séances kiné, pour retrouver une rotation cervicale optimale, n'aurait-il pas déclenché un processus engendrant une persistance de certains réflexes tels que le RTAC ou le réflexe palmaire du côté pathologique ? » En effet, sans rotation cervicale, comment répéter le mouvement typique du RTAC ? Comment optimiser les stimulations palmaires sans la stimulation visuelle, cette dernière se développant de manière exponentielle durant la première année ?

Cette explication a permis à l'ITW2 de répliquer par exemple : « Ce n'est pas sûr que ce soit aussi systématique que ça. Car par exemple puisqu'on parle de sportifs, il y a quelques années, il y avait un centre de handball à Montpellier, un joueur avait un torticollis congénital énorme et avait un bras énorme, donc ne devait pas être gêné. Il s'était construit posturalement autour de son torticollis, ça ne le gêna pas. On se construit avec ce qu'on est, et il faut que le réflexe d'attachement soit bien en place. Ça permet d'amener la sécurité, l'insécurité qui met sous stress. » Il ajoutait qu'il n'irait pas forcément traiter son RTAC s'il était persistant : « J'ai pour principe de ne pas travailler ce qu'on ne me demande pas de faire, ce que le corps ne m'indique pas de faire (...) Ce n'est pas à moi de définir ce qui doit être réparé, c'est le corps du patient qui doit me le dire. »

L'ITW3 trouve que mon raisonnement a du sens, mais en aurait plus en s'appuyant par des expérimentations et des statistiques. Il ajoute pour confirmer le défaut de compréhension initiale de cette première hypothèse : « Si on pense par le fait qu'une articulation est bloquée (...) tout simplement un petit déficit de mouvement, ça ne fera pas apparaître de nouveau des réflexes, ça c'est quelque chose à laquelle je ne crois pas du tout » et « ce que je voulais dire c'est que si un moment, je ne sais pas, tu tournes ta tête trop vite ou tu te bloques le dos, ça ne vas pas faire réapparaître des réflexes archaïques. »

Pour l'hypothèse 2, ce praticien s'accorde avec la réponse de l'ITW2 : « un réflexe non-intégré peut augmenter la tension musculaire de façon asymétrique, peut bouleverser les schémas moteurs et du coup ça peut bloquer des articulations, mais en conséquence de conséquence de conséquence. »

Deux exemples sont ajoutés par l'ITW4 pour asseoir ce « OUI » à l'hypothèse 2 :

- « Tu as un plantaire hyperactif avec un Babinski hyperactif, le pied va se creuser et va aller vers l'éversion, donc les os vont avoir tendance à aller vers la rotation externe et ça va favoriser un moment donné le manque de stimulation en rotation interne et forcément au bout d'un moment il va y avoir des tensions, une rigidité, et tu vois par exemple trouver un talus antérieur et en rotation externe et quand tu voudras le faire reculer, ça ne se passera pas très bien. »
- « Un RTAC asymétrique, au bout d'un moment tu as des cervicales qui vont moins bien tourner, parce que tu ne pourras pas tourner la tête, les épaules vont tourner en même temps et il y a des amplitudes que tu n'iras jamais chercher, et si tu ne vas pas les chercher, au bout d'un moment ça se fige, il n'y a plus la qualité tissulaire, la micro-circulation, tout ce qu'on essaye de récupérer en ostéo. »

La partie « résultats » de ces entretiens est terminée, je ne peux que vous conseiller de lire les entretiens passionnants de chacun des intervenants pour comprendre avec précision leur fonctionnement personnel et leur conception de l'association entre l'ostéopathie et les réflexes archaïques (Annexes 1 à 4).

6. DISCUSSION

Les quatre ostéopathes interviewés nous ont livré leur manière d'aborder les réflexes primitifs dans leur cabinet. Après avoir transmis nos résultats, nous avons pu analyser leurs réponses et nous allons pouvoir en discuter dans cette partie.

6.1. STRUCTURE DE L'ENTRETIEN

Réaliser un entretien semi-directif signifie qu'il y a une certaine liberté du temps de parole. Les durées des entretiens sont très variables. (Tableau 3)

Ostéopathes/ Entretien	ITW1	ITW2	ITW3	ITW4
Date	23/05/2022	31/05/2022	16/06/2022 puis 28/06/2022	17/06/2022
Durée	43'23"	18'58"	54'47"	22'34"

Tableau 3. Entretiens : variabilité des dates et des durées

Deux dates ont été nécessaires avec l'ITW3 à cause d'un contre-temps obligeant à nous recontacter moins de deux semaines plus tard.

Les variations de temps sont surtout liées à la quantité d'anecdotes, d'exemples et de cas cliniques que le praticien nous offrait. Pour l'ITW3, peut-être que l'entretien en deux temps a permis d'alimenter certaines réflexions et certaines interrogations. Les ITW2 et ITW4 ont répondu de manière concise à nos questions, alors que les ITW1 et ITW3 appuyaient une réponse par une expérience de cabinet. L'ITW3 a passé plus de temps sur ses formations « post-grade » traitant du système nerveux central et des réflexes primitifs. L'ITW1 a pris le temps de nous expliquer pourquoi elle séparait l'ostéopathie des réflexes archaïques :

- Il existe un manque d'assiduité des patients « ostéo » à qui elle propose des exercices pour les réflexes.
- Il est difficile pour elle de proposer de l'ostéopathie à des patients venant pour les réflexes, et vice-versa : « ce n'est pas évident quand on se recommande à soi-même. »
- Elle ne ressent pas le besoin d'associer les deux car elle possède deux patientèles distinctes.

Les variabilités de durée des entretiens (du simple au double parfois) ne semblent pas montrer un éventuel biais affectif. Nous avons utilisé le tutoiement avec les ITW3 et ITW4, l'un étant l'ami proche d'un camarade d'école en ostéopathie et l'autre un formateur en posturologie avec qui j'avais gardé contact.

Une limite pourrait exister en ce qui concerne le nombre d'entretiens réalisés. En effet, nous comprenons bien que quatre entretiens ne suffisent pas à couvrir les réponses de tous les ostéopathes prenant en charge des patients pour les réflexes primitifs. La « chance » que nous avons eu, fut d'obtenir les réponses de quatre ostéopathes aux profils et aux méthodes de travail foncièrement différents.

6.2. CORRÉLATIONS ENTRETIENS-LITTÉRATURE

Le point intéressant de cette corrélation entre les entretiens réalisés et les données recueillies dans la littérature concerne les principaux réflexes ciblés. En effet, tous les réflexes mentionnés par les interviewés sont présents dans la première partie de ce travail. Ils en ont ajouté d'autres, que nous retrouvons peu ou ne retrouvons pas dans la littérature, à savoir : le réflexe de Perez, le réflexe de radiation du nombril, le Réflexe de Peur Paralysante (RPP), le Réflexe de Protection des Tendons (RPT), le réflexe amphibien, le réflexe reptilien et le réflexe de Landau. Tous peuvent être testés selon le même fonctionnement que ceux décrits en première partie.

Concernant les troubles ou pathologies rencontrés dans la littérature scientifique, aucun n'a mentionné traiter des enfants paralysés cérébraux et tous m'ont répondu ne pas voir de patients atteints de pathologies neuro-dégénératives. En revanche, le traitement des réflexes chez les enfants avec des troubles dys- ou atteints de TDAH est évoqué dans les deux parties de ce travail, notamment dans les entretiens de l'ITW1 et l'ITW2.

Trois des quatre interviewés nous ont confié travailler avec des sportifs. Cette information, très intéressante pour moi, auteur de ce mémoire, qui travaille pour un club de football professionnel, en reste néanmoins frustrante car aucune littérature n'a été découverte dans ce domaine, donc aucun contenu n'a été transcrit dans la première partie.

Dans le tableau suivant (Tableau 4), nous avons recensé les réflexes traités chez des patients en fonction de leur pathologie ou leur trouble. Les orientations sont assez diverses mais sont globalement proches d'une patientèle « classique » d'ostéopathes. Le thème de ce travail a forcément influé sur les exemples de prises en charge réalisées par les praticiens interviewés.

Patients	Praticien	Pathologies/Troubles	Réflexes traités
Enfant	ITW1	« mal de dos »	RTL + RTSC
Adulte	ITW1	« lombalgies »	Moro + RTP
Adulte	ITW1	« panique lors de prises de parole en public »	RTP
Adulte	ITW2	« lumbagos à répétitions »	Galant + Perez
Adulte	ITW3	congestion rapide des avant-bras en escalade	Grasping palmaire
Adulte	ITW3	« aponévrosite plantaire »	Grasping plantaire
Adolescente	ITW3	traitement orthodontique	Babkin
Enfant	ITW4	fatigue rapide des muscles des avant-bras à l'écriture	Grasping palmaire
Adulte	ITW4	lombalgies	Galant asymétrique
Enfant	ITW4	énurésie	Galant

Tableau 4. Exemples de prises en charge de patients par les ostéopathes interviewés

6.3. NOTIONS DE POSTURE ET DE DÉSÉQUILIBRES

Certaines éléments ressortent de ces interviews et demandent de s'y intéresser lorsque nous avons posé la question du lien entre réflexes primitifs et ostéopathie, et plus particulièrement l'hypothèse 2. L'ITW2 intègre dans ce lien la mise en place de schémas posturaux et moteurs causée par la persistance de réflexes, à l'origine d'adaptations du corps donc de lésions ostéopathiques (cf. 5.7. de ce travail). L'ITW3 confirme cette notion en précisant que les réflexes non-intégrés peuvent bouleverser les schémas moteurs et indirectement créer des lésions ostéopathiques. L'ITW4, par sa vision posturologique apporte un élément supplémentaire dans ce sens en nous expliquant que le « plot Réflexes primitifs » est un facteur de déséquilibre postural qui peut à terme laisser s'installer des lésions ostéopathiques.

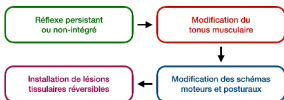


Figure 25. Récapitulatif d'une réponse possible à l'hypothèse 2

La réponse à l'hypothèse 2 étant unanime, il est simple d'en proposer une explication et une alternative possible : « Un réflexe persistant ou non-intégré peut entraîner indirectement le développement de lésions tissulaires réversibles. » La figure 25 permet d'illustrer cette alternative.

Un biais de compréhension, qui peut aussi être un biais méthodologique par mauvaise formulation de la question, s'est peut-être glissé dans l'hypothèse 1, qui finalement permet d'étendre la réflexion sur le sujet. D'un premier coup d'œil, nous pourrions comprendre « une lésion ostéopathique entraîne la réapparition d'un réflexe ».



Figure 26. Illustration d'un RTAC droit

L'exemple donné avec le torticolis de mon fils n'a pas toujours aidé les praticiens à y répondre. Pourtant, cette anomalie du port de tête est forcément associée à des lésions tissulaires réversibles (Fig.26). Nous pouvions donc imaginer que la présence de lésions tissulaires réversibles pouvaient influencer la non-intégration d'un ou de plusieurs réflexe(s) archaïque(s). Cet exemple a permis à deux praticiens interviewés (ITW1 et ITW3) de comprendre l'hypothèse soumise et d'y répondre favorablement.

Cet exemple pourrait donc avoir une autre conséquence, celle de créer un biais de confirmation d'hypothèses (Chabal, 2014, p.3). Il est défini de cette façon : « tendance naturelle qu'ont les individus à privilégier les informations qui confirment leurs idées préconçues, leurs hypothèses et à accorder moins de poids aux points de vue jouant en défaveur de leurs conceptions. » Au lieu de chercher à comprendre pourquoi l'interviewé répondait « négativement » à notre hypothèse, l'exemple, en faveur d'une réponse « positive », était exposé.

L'ITW1 expose certaines réponses aux hypothèses en les détournant de leur sens, il aurait pu s'agir d'une troisième conjecture à savoir : « des lésions ostéopathiques peuvent-elles être masquées par de faux réflexes primitifs ? » Ce retour d'expérience est intéressant puisqu'il nous ramène à des situations probablement vécues dans nos cabinets. Elle l'illustre par le cas d'un enfant, venu pour un bilan des réflexes, qui n'arrivait pas à ramper. « Dès qu'il lève la jambe, il a le bassin qui bascule, ou dès qu'il marche il n'est pas aligné ». Elle a remarqué par son regard d'ostéopathe que « la mécanique n'est pas libre ». Après une séance d'ostéopathie, il arrivait à ramper, « alors qu'on aurait pu se dire qu'il y avait un réflexe amphibien au niveau de la hanche ».

6.4. COMPATIBILITÉ AVEC LE MFOS

Pour répondre à la question : le traitement des réflexes primitifs est-il compatible avec le Modèle Fondamental de l'Ostéopathie Structurale (MFOS), il faut relever certains points. L'erreur faite lors des entretiens a été de ne pas demander sur quel concept ostéopathique s'appuyait chaque praticien ou plus simplement quelle formation en ostéopathie avaient-ils suivie. Nous aurions peut-être pu comprendre leur approche thérapeutique respective des réflexes, et nous aurions peut-être été aidés dans cette quête de compatibilité. Néanmoins, il apparaît à travers les profils de chaque praticien que l'ostéopathie et les réflexes primitifs jouissent d'une entente particulièrement intéressante, que l'on soit ostéopathe structurel, ostéopathe fonctionnel et autres.

Une recherche a été réalisée dans la littérature scientifique pour établir un lien direct, une seule étude est ressortie sur Pubmed avec les mots clés « primitive reflexes chiropractic », les autres mots clés « primitive reflexes osteopathic », « primitive reflexes manual therapy » ou « primitive reflexes Chikly » n'ayant rien donné. Cette seule étude aborde le cas clinique d'un garçon de huit ans atteint de troubles du spectre autistique et qui se présente avec une marche sur les orteils. L'évaluation des réflexes primitifs conclut à la persistance du RTAC des deux côtés et du grasping palmaire des deux côtés également. Malheureusement, ce cas ne nous donne pas plus d'informations sur notre problématique car aucun traitement « chiropractique » n'a été distillé mais seulement des exercices fonctionnels d'intégration. La marche de l'enfant s'est améliorée ainsi que la descente des escaliers mais aucun lien supplémentaire ne peut être fait à travers cette étude (Shaw et Soto-Garcia, 2021, p.538-541).

Un Webinaire réalisé par un ostéopathe, Fabien Belin, avec Bruno Chikly, a brièvement soulevé nos interrogations. Fabien Belin lui a demandé dans un premier temps : « Est-ce que parfois tu as besoin de traiter un réflexe pour améliorer une dysfonction ostéopathique ? », Bruno Chikly a affirmé que, parfois, le réflexe persistant était la lésion primaire. Puis il a posé la question du sens contraire (traiter une dysfonction pour améliorer un réflexe), Chikly a répondu : « absolument, souvent je cherche une lésion dans le cerveau pour voir si le réflexe s'améliore. » (Belin et Chikly, 2020)

Un autre Webinaire réalisé par Ludvine Baubry (Intégration Motrice Primordiale), avec un ostéopathe, Diego Gil, a permis d'expliquer la prise en charge ostéopathie-réflexes en cabinet. Dans cet entretien, certains propos rejoignent ceux de nos entretiens : « Ce que je peux intégrer assez facilement, c'est les tests sur les réflexes. En fonction de ce qu'ont les personnes, je vais pouvoir faire des tests qui vont me permettre de voir si la partie ostéopathique peut être dépendante d'un réflexe non intégré, et à ce moment-là compléter le travail que j'ai fait en ostéopathie par l'intégration d'un réflexe » dit Diego Gil. Il ajoute qu'il y a également « une dimension cognitive (...) qui vient se greffer et qui peut nous apporter une compréhension également et des explications chez des patients qui peuvent présenter des blocages et qui, peut-être, ne comprennent pas pourquoi. » (Baubry et Gil, 2017)

Comment intégrer ce concept des réflexes dans notre cabinet ?

- Soit comme un outil de réorientation vers un professionnel spécialisé : « j'ai déterminé la structure qui s'exprime, j'ai fait mon enquête conjonctive à la recherche de LTR, les résultats ne montrent pas d'amélioration, est-ce qu'un plot supplémentaire empêche le tissu conjonctif de retrouver sa souplesse et son élasticité ? Je réoriente ou je teste puis je réoriente. » (Fig.26)
- Soit comme une corde supplémentaire à notre arc, le schéma est le même que le précédent : « je ne réoriente pas, après l'échec ou le manque de résultats de mon traitement ostéopathique, je réalise un bilan des réflexes primitifs puis je traite. » Les deux sont séparés et ne font pas partie du même modèle. (Fig.27)
- Soit comme faisant partie de notre modèle, en considérant dès mon bilan anamnésique et orthopédique que la Structure Qui S'exprime est le SNC. L'enquête conjonctive démarrera au niveau de la sphère crânienne (local), puis s'éloignera, plus ou moins, proche de la plainte (à distance). (Fig.28)

La démarche faite sur la figure 27 conviendrait à tout ostéopathe qui considère le plot « ostéopathie » et le plot « réflexes primitifs » comme deux entités distinctes. Avec certaines bases sur les réflexes (connaître les signes cliniques associés à un réflexe persistant et éventuellement le tester), il pourra prendre en charge ces patients. Il démarrera par son traitement ostéopathique « classique » et ouvrira son « tiroir » réflexes primitifs s'il pense devoir le faire. À un stade plus évolué de formations, il pourra tester et proposer un traitement dans le but d'intégrer le ou les réflexe(s) encore actifs. Pour un abord d'exercices « fonctionnels » comme les bercements/mouvements rythmiques, les massages avec rouleaux (type Foam Roller) et les jeux avec sacs de grains, plusieurs instituts vous formeront à cette approche : l'Intégration Motrice Primordiale (IMP), la méthode Rhythmic Movement Training (RMT) ou la méthode Masgutova Neurosensorimotor Reflex Integration (MNRI) en sont des exemples.

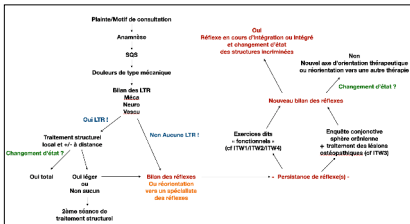


Figure 27. Première proposition de prise en charge en cabinet

Liste des abréviations annexée à la Figure 27 :

- SQS = Structure Qui S'exprime
- Méca = Mécanique
- Neuro = Neurologique

- Vasco = Vasculaire
- LTR = Lésion Tissulaire Réversible
- Réflexes = Réflexes primitifs

L'autre démarche, celle de la figure 28, correspondra à un ostéopathe qui inclut les réflexes non intégrés dans sa prise en charge en ostéopathie. L'intégration d'un réflexe ne sera pas réalisé par des exercices fondés sur le mouvement mais par un traitement manipulatif du crâne et de la colonne vertébrale. Ce traitement sera structurel, énergétique, fascial,... en fonction du bagage thérapeutique du praticien. Cette démarche demandera un complément de formations sur les réflexes archaïques. En ce sens, l'ITW3 a proposé une chronologie de formations qu'il est intéressant de vous transmettre : les formations sur le cerveau avec Jean-Pierre Barral mais aussi celles avec Nathalie Camirand (approche plus structurelle), puis les formations de fasciathérapie avec Danis Bois, dans le but de développer encore un peu plus son ressenti. La formation de Bruno Chikly (dispensée aux États-Unis mais parfois retransmise en Webinaire Online) « Brain Therapy for Neonatal Reflexes & General Reflexes in Adults and Children » aura évidemment toute sa place dans nos recommandations.

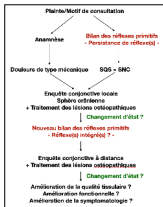


Figure 28. Deuxième proposition de prise en charge en cabinet

Liste des abréviations annexée à la Figure 28 :

- SNC = Système Nerveux Central
- Lésions ostéopathiques = LTR et lésions définies selon d'autres concepts (énergétiques par exemple)

Comme l'a dit très justement l'ITW4 : « en fait il ne faut pas dire « j'ai fait une formation de réflexes, j'ai fait une formation d'ostéo », il faut essayer de tout mélanger pour trouver chaque origine et chaque perturbateur, chaque parasite ou chaque caillou qui empêche le corps de s'organiser normalement, de façon optimale. »

L'ensemble de ces composantes m'invite à me positionner sur les deux hypothèses de travail. La revue de littérature ne nous a pas offert de réponse. Les entretiens sont favorables aux deux, parfois après une brève explication du sens de la question. La discussion et les recherches autour d'autres entretiens allaient également dans ce sens. Nous pouvons donc répondre par « Oui » à chacune d'elles. Néanmoins plus d'études scientifiques sur la persistance de réflexes primitifs chez les adultes devraient être mises en place pour confirmer les propos.

CONCLUSION

Les réflexes primitifs offrent une perspective sur la prise en charge de nos patients en ostéopathie, soit en proposant une alternative fonctionnelle à notre travail structurel lorsqu'il ne suffit pas à améliorer la symptomatologie du patient, soit en les incorporant directement à notre concept par un travail du tissu conjonctif dans le but de les intégrer.

La littérature scientifique nous a guidés en ciblant des réflexes archaïques, que nous avons détaillés dans un premier temps puis corrélés aux pathologies et troubles dans un second temps. Cette recherche nous a permis de rédiger un guide afin de nous entretenir avec des praticiens ostéopathes testant et traitant les réflexes. Les informations renseignées par ceux-ci ont été d'un intérêt considérable par leurs similitudes (bilans, vision des réflexes, réponses aux hypothèses,...) mais aussi par leurs différences (formations réalisées, traitement,...). Il serait pertinent de savoir la part d'ostéopathes connaissant les réflexes, la part d'ostéopathes capable de les tester et de les traiter.

La corrélation entre troubles dys- et réflexes chez les enfants en âge pré-scolaire et scolaire est bien documentée. Des études expérimentales pourraient compléter ce travail, notamment chez les adultes venant en cabinet pour des pathologies ostéo-articulaires et musculo-squelettiques afin d'accentuer ce lien entre ostéopathie et réflexes primitifs.

BIBLIOGRAPHIE

Cristine K. **Arcilla** et Renato C. **Vilella** (2020). Tonic Neck Reflex. *StatPearls*

Ludvine **Baubry** et Diego **Gil**. Ostéopathie et réflexes primitifs. En ligne <https://www.youtube.com/watch?v=FtD8hXdOIBY>

Fabien **Belin** et Bruno **Chikly** (2020). Réflexes néonataux en ostéopathie. En ligne <https://www.youtube.com/watch?v=gfpCQly2zxo&t=28s>

Gary G. **Berntson** et Michael W. **Torello** (1977). Expression of Magnus Tonic Neck Reflexes in Distal Muscles of Prehension in Normal Adults. *Physiology & Behavior*, Volume 19, p.585-587. DOI: 10.1016/0031-9384(77)90240-2

Sally Goddard **Blythe** et al. (2017). *Attention, Balance and Coordination : The A.B.C of Learning Success* (2ème éd.). Hoboken, USA : Wiley & sons.

Sally Goddard **Blythe** et al. (2021). Neuromotor readiness for school : the primitive reflex status of young children at the start and end of their first year at school in the United Kingdom. *Education 3-13 : International Journal of Primary, Elementary and Early Years Education*, p.1-14. DOI: 10.1080/03004279.2021.1895276

Sally Goddard **Blythe** (2020). *Le grand livre des réflexes : l'impact des réflexes primitifs et posturaux sur l'apprentissage et le comportement* (Paul Landon, Trad.). Caen : Ressources Primordiales. (Œuvre originale publiée en 2014).

Sally Goddard **Blythe** (2014). *Neuromotor Immaturity in Children and Adults : The INPP Screening Test for Clinicians and Health Practitioners*. Chichester, UK : Wiley & sons.

Petr **Bob** et al. (2021). Desinhibition of Primitive Reflexes in Attention Deficit and Hyperactivity Disorder : Insight Into Specific Mechanisms in Girls and Boys. *Frontiers in Psychiatry*, Volume 12, p.1-5. DOI: 10.3389/fpsy.2021.430685

S.M. **Bruijn** et al. (2013). Are effects of the symmetric and asymmetric neck reflexes still visible in healthy adults ? *Neuroscience Letters*, 556, p.89-92. DOI: 10.1016/j.neulet.2013.10.028

Sébastien **Chabal** (2014). Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information. Les fiches en ligne de « La lettre du CEDIP ». *Cedip*, Fiche 62, p.1-4

Barbara H. **Connolly** et Beth T. **Michael** (1984). Early Detection of Scoliosis : A Neurological Approach Using the Asymmetrical Tonic Neck Reflex. *Physical Therapy*, Volume 64, Number 3, p.304-307. DOI: 10.1093/ptj/64.3.304

Ellen L. **Curry** et Jo A. **Clelland** (1981). Effects of the Asymmetric Tonic Neck Reflex and High-Frequency Muscle Vibration on Isometric Wrist Extension Strength in normal adults. *Journal of the American Physical Therapy Association*, Volume 61 / Number 4, p.487-495. DOI: 10.1093/ptj/61.4.487

Yasuyuki **Futagi** et al. (1995). Asymmetry in Plantar Grasp Response during Infancy. *Pediatric Neurology*, 12, p.54-57. DOI: 10.1016/0887-8994(94)00106-c

Yasuyuki **Futagi** et al. (1999). Clinical Significance of Plantar Grasp Response in Infants. *Pediatric neurology*, 20, p.111-115. DOI: 10.1016/s0887-8994(98)00103-9

Yasuyuki **Futagi** et al. (2013). The Babkin reflex in Infants : Clinical Significance and Neural Mechanism. *Pediatric Neurology*, 49, p.149-155. DOI: 10.1016/j.pediatrneurol.2013.04.005

Yasuyuki **Futagi** et al. (2012). The Grasp Reflex and Moro Reflex in Infants : Hierarchy of Primitive Reflex Responses. *International Journal of Pediatrics*, Volume 2012, p.1-10. DOI: 10.1155/2012/2F191562

Yasuyuki **Futagi** et Yasuhiro **Suzuki** (2010). Neural Mechanism and Clinical Significance of the Plantar Grasp Reflex in Infants. *Pediatric Neurology*, 43, p.81-86. DOI: 10.1016/j.pediatrneurol.2010.04.002

Yasuyuki **Futagi** et al. (1992). Primitive Reflex Profiles in Infants : Differences Based on Categories of Neurological Abnormality. *Brain & Development*, 14, p.294-298. DOI: 10.1016/s0387-7604(12)80146-x

Christine **Gétin** (2014). Les faits sur le Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité. En ligne <http://www.tdah-france.fr/Les-Faits-sur-le-Trouble-Deficit-de-l-Attention-Hyperactivite.html>

Ewa **Gieysztor** et al. (2020). Pelvic Symmetry is influenced by Asymmetrical Tonic Neck Reflex during Young children's gait. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 4759, p.1-12. DOI: 10.3390%2Fijerph17134759

Ewa **Gieysztor** et al. (2018). Persistence of primitive reflexes and associated motor problems in healthy preschool children. *Archives of Medical Science*, 14, p.167-173. DOI: 10.5114%2Faoms.2016.60503

Ewa Z. **Gieysztor** et al. (2018). Trunk rotation due to persistence of primitive reflexes in early school-age children. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 27(3), p.363-366. DOI: 10.17219/acem/67458

Aurélien **Gourouvin** (2021). Traverser la ligne médiane pour un bon développement corporel et émotionnel. En ligne <https://www.reflexes-primitifs.com/post/traverser-la-ligne-médiane-pour-un-bon-développement-physique-et-émotionnel>

Elisa G. **Hammer** et Milna **Hadders-Algra** (2016). Prognostic significance of neurologic signs in high-risk infants - a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58, p.53-60. DOI: 10.1111/dmcn.13051

Jennifer **Hickey** et Diana R. **Feldhacker** (2021). Primitive reflex retention and attention among preschool children. *Journal of Occupational Therapy, Schools and Early Interventions*, p.1-13. DOI: 10.1080/19411243.2021.1910606

Geneviève **Imbert** (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, n°102, p.23-34. DOI: 10.3917/rsi.102.0023

Jana **Konicarova** et Petr **Bob** (2013). Assymetric tonic neck reflex and symptoms of attention deficit and hyperactivity disorder in children. *International Journal of Neuroscience*, 123(11), p.766-769. DOI: 10.3109/00207454.2013.801471

Malwina **Madejewska** et al. (2016). Neuromotorical Assessment of Children aged 4-7 from the Kamennia Gora District Based on Sally Goddard Tests. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne (Soins Infirmiers et Santé Publique)*, 6, 3, p.179-186. DOI: 10.17219/pzp%2F64033

Maria **Matuszkiewicz** et Tadeusz **Galkowski** (2021). Developmental Language Disorder and Uninhibited Primitive Reflexes in Young Children. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, Volume 64, p.935-948. DOI: 10.1044/2020_JSLHR-19-00423

Martin **McPhillips** et Julie-Anne **Jordan-Black** (2007). Primary reflex persistence in children with reading difficulties (dyslexia) : A cross-sectional study. *Neuropsychologia*, 45, p.748-754. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2006.08.005

Robert **Melillo** et al. (2020). Persistent Childhood Primitive Reflex Reduction Effects on Cognitive, Sensorimotor, and Academic Performance in ADHD. *Frontiers in Public Health*, Volume 8, p.1-8. DOI: 10.3389%2Ffpubh.2020.431835

Carol **Parr** et al. (1974). A developmental study of the Asymmetric Tonic Neck Reflex. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 16, p.329-335. DOI: 10.1111/j.1469-8749.1974.tb03343.x

John **Pearce** et al. (1968). Primitive reflex activity in primary and symptomatic Parkinsonism. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 31, p.501-508. DOI: 10.1136%2Fjnp.31.5.501

Anna **Pecuch** et al. (2021). Primitive Reflex Activity in Relation to Motor Skills in Healthy Preschool Children. *Brain Sciences*, 11, p.1-16. DOI: 10.3390%2Fbrainsci11080967

Jeff **Sigafoos** et al. (2021). Persistence of Primitive Reflexes in Developmental Disorders. *Current Developmental Disorders Reports*, p.1-8. DOI: 10.5114%2Faoms.2016.60503

Trevor **Shaw** et Manuel **Soto-Garcia** (2021). Chiropractic management of toe-walking in an eight-year-old male diagnosed with autism spectrum disorder utilizing a functional approach : A case study. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 26, p.538-541. DOI: 10.1016/j.jbmt.2021.03.014

Emmanuelle **Sutherland** (2021). *Le b.a.-ba des réflexes : comment réparer et intégrer ses réflexes pour vivre mieux*. Paris, France : Editions Fabert.

Jean-François **Terramorsi** (2013). *Ostéopathie structurale : lésion structurée - concepts structurants*. Bastia, France : Gépro/Editions éoliennes

Fred W. **Vreeling** et al. (1993). Primitive reflexes in healthy, adult volunteers and neurological patients : methodological issues. *Journal of Neurology*, 240, p.495-504. DOI: 10.1007/bf00874119

Fred W. **Vreeling** et al. (1993). Primitive reflexes in Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 56, p. 1323-1326. DOI: 10.1136/jnp.56.12.1323

Mary L. **Warren** (1984). A Comparative Study on the Presence of the Asymmetrical Tonic Neck Reflex in Adult Hemiplegia. *The American Journal of Occupational Therapy*, Volume 38, Number 6, p.386-392. DOI: 10.5014/ajot.38.6.386

Dimitrios I. **Zafeiriou** (2000). Plantar Grasp Reflex in High-Risk Infants during the First year of Life. *Pediatric Neurology*, 22, p.75-76. DOI: 10.1016/s0887-8994(99)00110-1

Dimitrios I. **Zafeiriou** (2004). Primitive Reflexes and Postural Reactions in the Neurodevelopmental Examination. *Pediatric Neurology*, 31, p.1-8. DOI: 10.1016/j.pediatrneurol.2004.01.012

Dimitrios I. **Zafeiriou** et al. (1995). Prospective Follow-up of Primitive Reflex Profiles in High-risk Infants : Clues to an early diagnosis of Cerebral Palsy. *Pediatric Neurology*, 13, p.148-152. DOI: 10.1016/0887-8994(95)00143-4

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe 1 : Interview n°1

Annexe 2 : Interview n°2

Annexe 3 : Interview n°3

Annexe 4 : Interview n°4

AB (Adrien Barbe) - Bonjour Madame, Adrien Barbe, dans un premier temps, je souhaite vous prévenir que notre conversation sera enregistrée pour pouvoir ensuite la retranscrire et l'analyser. Elle sera anonyme dans le mémoire.

ITW1 (Interviewé 1) - Elle ne sera pas diffusée après, nous sommes d'accord ?

AB - Oui bien entendu, de toute manière, je vais vous transmettre par mail un formulaire de consentement qui expliquera les détails. Pouvez-vous me donner votre adresse mail ?

ITW1 - xxx@gmail.com.

AB - Très bien, merci. Vous exercez dans l'Est de la France en tant qu'ostéopathe c'est bien ça ?

ITW1 - Oui, je suis ostéopathe exclusive diplômée de 2013.

AB - D'accord, depuis 9 ans donc, et quelles formations avez-vous réalisées sur les réflexes archaïques ?

ITW1 - J'ai fait tout le cursus de Paul Landon, de l'IMP. J'ai commencé fin 2015 et j'ai fini en 2017, tous les modules avec la certification.

AB - Et avez-vous fait d'autres formations, hors réflexes archaïques ?

ITW1 - Oui, beaucoup dans le domaine de l'ostéopathie, et un peu entre les deux j'ai fait beaucoup de formations sur Bernadette de Gasquet.

AB - Ok. Et concernant votre patientèle, est-elle orientée dans une spécificité ? Ou est-ce une population générale ?

ITW1 - C'est varié, autant les nourrissons que les femmes enceintes, des personnes âgées, des sportifs. Alors moi, j'ai séparé les deux, la demande est soit de l'ostéopathie, soit des réflexes. Les réflexes, ça doit être entre 5 et 10% uniquement. C'est assez peu demandé, ce n'est pas très connu non plus, je pense que vous vous en êtes rendus compte.

AB - Oui c'est vrai. C'est justement une question que je voulais vous poser (la part réflexes/ostéopathie dans sa pratique). Pour être encore plus précis sur la réalisation de cet entretien, mon objectif est de récolter des informations d'ostéopathes qui pratiquent les réflexes archaïques dans leur pratique, et ma problématique c'est : «
Pouvons-nous envisager l'ostéopathie sans connaître les fondements des réflexes archaïques ?
»
». Sans forcément faire de formations, mais qu'un ostéopathe sache reconnaître un réflexe persistant pour pouvoir orienter vers un spécialiste.

AB - C'est le premier thème, comment est-ce que vous abordez les réflexes dans vos séances ?

ITW1 - Alors comme je vous ai dit, je les ai séparé donc les personnes qui viennent, savent qu'ils viennent pour des réflexes donc ça leur permet déjà de se renseigner ou alors ils ont été orientés par un professionnel qui leur conseille de venir. Je leur explique assez succinctement en général. La grande majorité des personnes qui viennent pour des réflexes sont plutôt des enfants entre 5 et 12 ans. Avec les enfants de cet âge je démarre assez vite les tests de réflexes car c'est souvent la problématique : difficultés de concentration, difficultés d'apprentissage, agressivité ou problèmes de comportement, développement moteur, émotionnel aussi. Je teste une quarantaine de réflexes, en tout cas il y a une quarantaine de tests, cela fait peut-être une trentaine de réflexes. Cela fait une quarantaine de mises en situation pour voir comment le corps réagit, comment le corps se débrouille.

AB - D'accord

ITW1 - Après il y a quelques adultes, en général je discute un peu plus longtemps avec eux parce qu'ils veulent surtout comprendre, en savoir plus sur les réflexes. Je démarre plus vite avec les enfants mais avec chaque patient je définis les objectifs dans un premier temps, trouver quelque chose qu'ils ont envie de réaliser, qu'ils ont envie de mieux faire, qui pourra les motiver à faire les exercices à la maison. Avant il y a aussi une petite anamnèse.

AB - Et concernant les adultes, pour quelles raisons viennent-ils principalement ? Vous m'avez donné les raisons pour les enfants mais pas pour les adultes.

ITW1 - Souvent les adultes en ont entendu parler et veulent tester sur eux, ils se sont en général plutôt documentés sur la chose. Soit ils viennent tester pour eux, pour après amener leurs enfants ou sinon les motifs de consultation c'est : avoir plus confiance en eux, chercher une explication dans leur incapacité motrice. Parfois ils n'arrivent pas à bien croiser la ligne médiane. Pourquoi est-ce qu'ils sont un peu désorientés ? Pourquoi cette situation les stresse ?

AB - Et est-ce que vous diriez que vous avez autant de résultats avec les adultes qu'avec les enfants ?

ITW1 - Les adultes sont quand même un peu moins persévérants. Cela passe plus par la compréhension, une fois qu'ils ont compris pourquoi il y a ça, je ne suis pas toujours sûr qu'ils ont envie de chercher une solution. C'est-à-dire que je leur ai donné une explication, je leur ai donné avec les réflexes ce qui n'allait pas, ils ont des exercices à faire mais ils suivent un petit peu moins. Ils viennent faire quelques séances mais je n'ai pas le résultat final. Ils me disent « ah bah j'ai arrêté parce que ça m'avait fait du bien oui ». J'ai l'impression que c'est positif mais j'arrive moins à l'évaluer qu'avec les enfants.

AB - D'accord

ITW1 - Avec les enfants on va jusqu'au bout parce que les parents reviennent, les ramènent en séance, et j'arrive à leur dire « là pour moi j'ai retesté tous les réflexes qu'on a travaillé ça va mieux, on va pouvoir conclure ».

AB - Ok, donc les adultes sont plus persévérants pour leurs enfants que pour eux-mêmes finalement...

ITW1 - Oui souvent, mais je pense que ça vient de cette curiosité de comprendre, plus que de trouver une solution. Ce qui arrive souvent malheureusement avec certains enfants, c'est que les parents veulent des bilans, et la solution oui pourquoi pas mais ils veulent plus comprendre. Après je vous ai dit 5 à 10% mais ça ne doit pas vous marquer parce que vous ne savez peut-être pas combien travaille un ostéo par semaine ? Ce n'est peut-être pas très précis pour vous ?

AB - Oui c'est vrai...

ITW1 - On va dire que ça peut aller de 2 à 6 rendez-vous « réflexes » par semaine.

AB - Très bien, et est-ce qu'il vous arrive d'avoir des patients qui viennent en ostéopathie et dont vous recommandez de faire un bilan des réflexes ?

ITW1 - Oui pour beaucoup d'enfants, je pense que ce serait nécessaire mais ce n'est pas évident quand on se recommande à soi-même.

AB - Je vois très bien, c'est la même question que je me pose à l'école. Je suis donc kiné en école d'ostéopathie et beaucoup d'entre nous vont pratiquer Kiné et ostéo de manière séparée en cabinet, et moi j'ai du mal à me dire pour un patient « je vais vous prendre en Kiné ou je vais vous prendre en ostéo, mais ce ne sera pas dans la même séance ». Je souhaiterais faire exclusivement de l'ostéopathie et plus de Kiné, mais je vois bien la problématique que ça a pour vous.

ITW1 - Alors je la sépare volontiers. Je veux dire pour moi c'est très clair : vous venez pour de l'ostéo c'est de l'ostéo, vous venez pour des réflexes c'est des réflexes. Mais ils sont venus pour de l'ostéopathie et on veut leur vendre autre chose, c'est plutôt ça la difficulté. Alors que ce serait vraiment intéressant mais c'est sûr qu'en ostéo les parents viennent avec leurs enfants pour une séance, et il faudrait qu'ils viennent pour les réflexes environ 3 à 4 séances. Je trouvais que ce n'était pas très agréable. Après je ne l'ai pas fait non plus car je n'en ai pas vraiment besoin. J'ai une patientèle en ostéopathie qui pourrait me suffire, je n'ai pas besoin des réflexes pour vivre de mon activité. Je ne vais pas plus chercher de patients en « réflexes » car j'ai vu que si les patients ne sont pas motivés d'eux-mêmes, c'est un peu difficile.

AB - Ok. Et est-ce que vous donnez des exercices à réaliser en autonomie à vos patients, enfants ou adultes ?

ITW1 - Oui c'est systématique, c'est toujours pareil pour chaque patient : petite anamnèse, les objectifs, tests des réflexes, en fonction de l'objectif et des réflexes qui ressortent je vais remodeler

le réflexe qui selon moi est le plus important à travailler. On fait le remodelage et après je leur montre des exercices, au sol, sur tapis. En fonction de la motivation, on va en choisir 3, 4 ou 5, j'essaye d'adapter. Ils devront les réaliser 5 minutes par exercice à la maison.

AB - D'accord. Et sur la deuxième séance, j'imagine que vous ne testez que ceux qui étaient persistants lors de la première séance ?

ITW1 - Non je reteste tout. Deuxième séance, lorsqu'ils arrivent, je démarre assez vite car les enfants qui ne tiennent pas en place, s'il y a trop de discussion avec les parents, j'aurai du mal à recentrer l'enfant. Quand l'enfant arrive, il enlève ses chaussures, on met le tapis et il me montre les exercices qu'il a fait à la maison. Je vois ce qui a été travaillé, pas travaillé. Je suis cool là-dessus, si ça n'a pas été fait, j'ai lâché beaucoup de lest là dessus avec le temps, ça mettra juste plus de temps. Ça me permet de voir ce qu'ils ont fait, ce qui a changé, comment ils sont à l'aise sur les exercices. Et là je reteste tous les réflexes. Après sur certains qui ne ressortaient pas, je ne vais pas les tester de deux manières différentes, je vais les tester qu'une seule fois. On rediscute de l'objectif, est-ce qu'il est toujours là ? Est-ce que c'est toujours un bon objectif ? Parfois ils n'en trouvent pas à la première séance donc je leur demande s'ils en ont trouvé un ? Le cheminement est le même, remodelage et nouveaux exercices ou des anciens qu'on complexifie. Je m'adapte en fonction des enfants.

AB - Ok. Est-ce que vous avez des personnes âgées dans votre patientèle ? Ou des personnes avec des pathologies neurologiques ?

ITW1 - Non

AB - Ok, ok.

AB - Donc j'en viens au dernier thème, qui concerne mes hypothèses de travail, vous y avez déjà en partie répondu mais ma problématique parlait d'un évènement personnel : mon enfant a eu un torticolis congénital à la naissance, il ne tournait la tête que d'un côté, et en réalisant ma revue de littérature, je me suis rendu compte que s'il n'avait pas été traité en ostéopathie rapidement, son déficit de rotation aurait peut-être entraîné la persistance de certains réflexes notamment le RTAC. Je voulais comprendre le lien entre les deux, une corrélation entre l'ostéopathie et les réflexes. Vous, quel lien faites-vous entre les deux ?

ITW1 - Je trouve que le lien est très présent. Je vais vous donner quelques exemples. J'ai un enfant qui est venu, la demande était les réflexes mais le motif c'était « il a très souvent mal au dos », il devait avoir 4-5 ans. Il a fait plusieurs séances d'ostéopathie ailleurs donc je ne sais pas exactement ce qui a été fait mais ça persiste et en fait c'est un enfant dont la mère est psychomotricienne, donc au niveau du développement moteur c'est pas mal, il croise bien l'axe mais il lui manque de la verticalité donc il a le réflexe RTL et le RTSC qui ne sont pas assez intégrés donc c'est un enfant qui se tasse, avec les jambes un peu en « X ». C'est un lien assez important car les douleurs persistent malgré les séances ostéo car il n'a pas cette tonicité, cette verticalité, il a donc toujours le ventre qui part en avant alors qu'il a une très bonne coordination.

AB - Oui, ce que je comprends c'est que il y a certaines pathologies pour lesquelles l'ostéopathie ne pourra pas toujours répondre.

ITW1 - Elle ne pourra pas répondre et là le réflexe peut répondre, mais un ostéopathe, sans forcément savoir faire du remodelage, qui se rend compte que l'enfant se tient mal, s'il propose de faire quelques exercices où il se redresse avec des petits sacs de grains sur la tête, des choses comme ça, ça peut aussi l'aider.

AB - Exactement.

ITW1 - Mais c'est vrai que l'idéal pour cet enfant, c'est les réflexes. Ou les adultes qui sont toujours avec des grandes tensions des chaînes postérieures, un réflexe de Moro hyper présent et en ostéopathie qui ont toujours des lombalgies. On peut travailler sur le Moro, la sécurité, le RTP avec la détente du mollet, ce sera un grand plus et les séances seront plus bénéfiques. Une ostéopathe qui est aussi infirmière ou Kiné, est venue faire une séance pour elle il y a 15 jours et m'a dit « à chaque fois qu'on me soigne en ostéo, ça part dans tous les sens » mais en fait cette femme avait son centre, au niveau des réflexes, vous me dites si vous ne comprenez pas quand je dis le nom des réflexes.

AB - Jusqu'ici c'est bon pour moi !

ITW1 - Elle avait la radiation du nombril qui n'allait pas mais en mettant la main sur le nombril et en testant avec une épaule puis l'autre épaule, la hanche, ça ne tenait pas. Elle avait un Moro en plus, donc elle partait en arrière avec le Moro, avec la radiation du nombril qui était hypotonique. En synchronisant ça, en mettant un sac de grains sur le nombril, en lui demandant de faire l'exercice de la fleur, en faisant du remodelage sur son réflexe, je l'ai vu 15 jours après pour ses enfants elle m'a dit « je me sens déjà mieux », j'ai l'impression d'être centrée. Elle cherchait une solution pour ça depuis des années.

AB - Super.

ITW1 - Oui c'est génial, c'est des retours de professionnels. Une autre ostéo est venue pour se faire tester, elle me dit « dès que je panique, je ne peux pas prendre la parole en public, ou parfois j'ai les idées qui partent dans tous les sens, je n'ai pas toujours l'impression d'être en phase avec ce que je dis », elle avait un RTP qui était très prononcé. On a travaillé là dessus et elle m'a dit « ça m'a changé, je suis beaucoup plus à l'aise quand je ne connais pas, les situations où je dois prendre la parole », elle pourrait aller faire de l'ostéo en disant « je suis très stressé je ne comprends pas », vous voyez...

AB - Je vois très bien ce que vous me dites.

ITW1 - C'est des exemples où on se dit « c'est sympa les réflexes » ! Après quelle est la part où c'est les réflexes et la part où c'est des personnes qui ne font pas assez d'activité physique, qui ne sont pas assez coordonnées. Je discute beaucoup avec un jeune collègue Kiné que je soigne depuis un ou deux ans et c'est sympa car il a un gros cabinet et il est titulaire dans ce cabinet. On parle de motricité, coordination, je lui ai conseillé pas mal de bouquins et notamment le bouquin de Tim Anderson, vous connaissez ?

AB - Sur la réinitialisation, oui.

ITW1 - Exactement, il a fait des plateaux techniques avec ses patients et il a essayé sur lui, il m'a dit « ça va super bien, je me sens plus en forme, je fais les exercices tous les jours ». « Avant une personne venait pour une douleur d'épaule, je me serai acharné à la travailler en local comme un travail de Kiné, là j'ai laissé tomber ça, je ne lui fais que de la coordination, de l'intégration motrice, la personne s'est relevée, j'avais plus de résultats que si j'avais passé une demi-heure, à la masser, à la détendre » et donc il a réintégré l'épaule dans un schéma global.

AB - Par le mouvement en fait.

ITW1 - Par le mouvement, par la coordination, pas des exercices où il a travaillé tout le corps. Je vous partage un type de réflexion là dessus car oui il y a les réflexes mais déjà rien que de travailler sur de la coordination, de la réinitialisation, les personnes se sentent déjà mieux sans avoir besoin de faire un remodelage spécifique IMP, c'est peut-être le plus mais on peut déjà faire pas mal de choses sans ça, en tout cas je me dis pour les kinés c'est peut-être aussi une belle progression, enfin une piste de réflexion.

AB - Je suis d'accord avec vous.

ITW1 - J'avais essayé en 2017 au début de ma formation de faire « réflexes » et de l'intégrer dans ma pratique d'ostéo et après donner des exercices en lien avec les réflexes, mais les personnes ne sont pas assez impliquées, ne font pas assez leurs exercices. Et je me suis rendu compte que quand ils viennent pour de l'ostéo, la plupart n'ont pas envie de faire des exercices, la plupart veulent s'allonger sur la table et ils veulent que leur ostéo leur trouve une solution et ils n'ont pas forcément envie d'être acteur. Je trouvais que je m'investissais trop, je leur trouvais des exercices, j'imprimais des feuilles pour ne pas avoir de retour. Ce qui me plaît avec les réflexes, c'est que ceux qui viennent pour ça ont envie de faire des exercices et ont envie de se prendre en main et donc ce que je vais leur donner, il va y avoir un retour intéressant.

AB - Oui je vois.

ITW1 - Maintenant je leur dis « est-ce que vous avez des questions ? Qu'est-ce que je peux faire comme exercices ? », là je vais leur donner matière, mais s'ils me disent « non c'est bon, tout va mieux, combien je vous dois ? », voilà, vous voyez...

AB - Oui, je saisis bien la différence.

ITW1 - Et mon choix de séparer les deux vient de là. Si à la fin de la journée, je donne des exercices à tout le monde, je vais avoir travaillé fois deux et pas pour forcément beaucoup plus de résultats.

AB - Oui alors que ce serait dommage, après avoir travaillé la structure, pouvoir travailler la fonction serait l'idéal pour eux.

ITW1 - Ce serait l'idéal, mais il y en a un sur dix qui va faire les exercices.

AB - Oui, en Kiné c'est la même chose.

ITW1 - En kiné, c'est pareil vous devez le voir. Et là le kiné qui fait sur plateau technique, je trouve que c'est pas mal, ils sont un kiné pour 4 patients. Ils viennent uniquement pour faire des exercices, ils ont une tranche de une demi-heure. Ça entraîne les patients à faire les exercices. Si on fait un kiné un patient, financièrement je pense que ça doit pas être hyper rentable pour les kinés non plus. Là le patient vient une fois dans la semaine pour faire sa séance individuelle avec le kiné et une fois en plateau technique. Il me dit qu'il a plus d'engagement, les patients s'impliquent, font leurs exercices et puis ils les répètent. Je pense que c'est ça c'est de la répétition.

AB - Et vous vous n'avez jamais pensé faire des séances en groupe ?

ITW1 - En fait je suis formée « De Gasquet » aussi, donc je pourrais faire ça et on m'a proposé il y a quelques années de reprendre les cours de « De Gasquet », j'aurais pu faire ça et « réflexes », ça aurait pu être intéressant mais financièrement ça ne l'est pas parce que je dois acheter du matériel, louer une salle. Les gens vont payer à la séance, qu'est-ce qu'on demande ? Dix euros ? Vingt euros ? Je ne sais pas, une séance de sport. Le temps que j'aie sur place, en fait je gagne moins que si je fais de l'ostéo à la séance individuelle.

AB - L'intérêt économique est présent c'est normal.

ITW1 - C'est normal car quand il y a de la demande en ostéo, pourquoi je vais fermer pour faire quelque chose qui me demande beaucoup d'investissement financier et en temps. Le mieux serait de faire de l'individuel ou des groupes de deux maximum.

AB - Ok. Sur mon dernier thème j'avais les deux hypothèses de mon travail c'était « des lésions ostéopathiques peuvent-elles influencer la non-intégration ou la réapparition de réflexes archaïques ? » c'est la première hypothèse et la deuxième hypothèse qui est croisée par rapport à l'autre c'est « la présence de réflexes non-intégrés peut-elle influencer l'apparition de lésions ostéopathiques ? ». Qu'est-ce que vous pensez de ces deux hypothèses ? Est-ce qu'il y en a une qui prédomine sur l'autre ? Est-ce qu'il y en a une qui est fautive ?

ITW1 - Les deux sont justes. Si je vous donne des exemples. J'ai une enfant qui est venue pour des réflexes et souvent ces enfants ont fait beaucoup de professionnels donc orthophoniste, psychomotricienne mais souvent ils n'ont pas vu d'ostéo, ce qui est assez curieux et ça m'arrive souvent de les orienter chez un ostéo, par exemple une sacro-iliaque qui n'est pas libre, un rachis lombaire qui ne va pas, si je ne peux pas, cet enfant n'est pas capable de faire du ramper, puisque d'un côté dès qu'il lève la jambe, il y a le bassin qui bascule, où dès qu'il marche il n'est pas aligné, dès qu'il fait du quatre pattes. Et là j'ai l'avantage d'avoir le regard ostéo pour me dire « là ce n'est pas un réflexe ». S'il n'y arrive pas c'est parce que la mécanique n'est pas libre. Là je vais le réorienter, c'est bien parce que ce n'était pas moi l'ostéo, il va voir son ostéo et cet enfant est revenu, il arrivait à faire du ramper alors qu'on aurait pu se dire qu'il y avait un réflexe amphibien par exemple au niveau de la hanche, parce qu'il n'arrive pas à passer la hanche correctement mais non ça c'était de la mécanique. Ou alors j'ai eu un enfant qui est venu pour « hyperactivité » au niveau des réflexes, j'ai vite fait mis la main sur le thorax, il était assez dense. Je trouve qu'en général la zone du foie en ostéo, quand c'est très présent chez un enfant, c'est les impulsifs, les hypernerveux, ils ont un diaphragme, un thorax et en plus il avait un crâne assez fermé en membraneux donc ok j'ai testé les réflexes car leur demande c'était les réflexes mais en fin de séance j'ai dit « bon je pense qu'une séance d'ostéo ce serait bien pour lui, pour être apaisé, être plus relâché » et donc ils sont venus chez moi car ils n'avaient pas d'ostéo, c'était bien car j'ai pu faire que de l'ostéo dessus et la mère m'a appelé 15 jours après et m'a dit « écoutez on ne va pas poursuivre les séances de réflexes parce qu'il va déjà beaucoup mieux, il est beaucoup plus posé, il est plus calme », objectif atteint, alors que s'il n'avait pas fait d'ostéo j'aurais peut-être passé 3, 4, 5 séances sur les réflexes.

AB - C'est bien d'avoir des exemples comme ça.

ITW1 - Ou il y a des enfants, vous savez ils ont ce problème maintenant avec les écrans, ils ont souvent la tête en avant, ils n'ont pas de tonicité au niveau des cervicales alors si je demande le RTL c'est « lève la tête, descends la tête », il y a tout qui bouge mais parfois ils ont les cervicales ou les dorsales supérieures il y a un gros manque de mobilité donc là je leur demande d'aller chez l'ostéo et ils reviennent la séance d'après, ils arrivent beaucoup mieux leurs exercices. Donc j'avance beaucoup plus vite en alliant les deux. Parfois il y a du RTAC, si vous n'avez pas de mobilité, vous allez vite avoir les bras qui vont aller avec.

AB - C'est souvent une interrogation que j'ai eu par rapport à ce réflexe là, sur ce manque de mobilité, c'est vrai que ça peut vite entraîner les bras alors que le réflexe est intégré.

ITW1 - Exactement et là c'est bien d'aller le retester à quatre pattes, si vous y avez pensé. Moi j'arrive à voir maintenant si c'est « réflexes » ou s'il y a une dysfonction cervico-dorsale. En général « réflexes » ça part assez vite, si c'est C7-T1, c'est vraiment en fin de mouvement, et en fonction de l'état général de la personne. Je pense que vos deux (hypothèses), je pourrai vous citer des exemple dans vos deux sens, l'ostéo influence l'intégration des réflexes et dans l'autre sens. Je trouve que c'est quelque chose qui est hyper intéressant.

AB - J'ai terminé sur mes questions, j'avais un dernier thème qui est liberté d'expression, si vous avez des choses à me dire encore là dessus. Ce n'est pas obligatoire.

ITW1 - Je crois que je suis partie un peu dans toutes les directions. Liberté d'expression, c'est vrai que la difficulté au niveau des réflexes c'est que toute personne qui s'occupe de réflexes archaïques, c'est une bonne chose parce qu'on en entend plus parler mais ils n'ont pas la vision du corps que peuvent avoir les ostéopathes. Moi je fais 3, 4 séances c'est rare que je fasse plus et j'ai des enfants qui en font 10 ailleurs. Donc ce serait bien que les ostéos s'y mettent aussi.

AB - Oui, s'y mettent et puissent les reconnaître, et quand ils n'arrivent pas à les traiter ou quand ils ont des cas chroniques, difficiles à traiter en ostéopathie, qu'ils puissent savoir que ça existe. Je pense que ça fait partie de la base, on va chercher la cause avec les réflexes, comme l'ostéopathie. Je pense que c'est intéressant de pouvoir aborder les deux dans sa pratique.

ITW1 - Je serai curieuse d'avoir votre mémoire, si vous avez envie de me le partager, j'aurai plaisir à vous faire un retour et à le lire.

AB - Je le termine pour Septembre, j'ai déjà réalisé la première partie, j'ai fait une revue de littérature sur tout ce que j'ai trouvé au niveau scientifique dans les articles et avec l'aide de certains ouvrages comme ceux de Sally Goddard Blythe. Et je dois ensuite réaliser d'autres entretiens avec d'autres ostéopathes qui utilisent d'autres approches pour traiter les réflexes.

ITW1 - C'est intéressant de voir comment font les autres ostéos car souvent ce n'est pas des professionnels de santé qui font des « réflexes », pour moi c'est un peu difficile, ils hallucinent quand je leur dis qu'en 45 minutes, je teste tous les réflexes, je fais un remodelage et je donne les exercices. Il leur faut 1h30 pour faire un bilan. Après c'est mon métier d'accueillir des gens, de les toucher, de les mettre en position, je pense que c'est normal que je réduise le temps par deux. Mais je serai curieuse de voir comment les autres professionnels de santé font.

AB - Ok, c'est tout pour moi, je vous remercie infiniment d'avoir passé du temps pour mon entretien.

ITW1 - Super et si vous avez des questions ou besoin de précisions, n'hésitez pas à revenir vers moi. Merci à vous, au revoir.

AB (Adrien Barbe) - Bonjour Monsieur, avant toute chose, je vais enregistrer la conversation sur dictaphone pour la retranscrire à l'écrit et l'analyser, elle sera dans mon mémoire mais il n'y aura pas votre nom, elle sera anonyme. Je vous enverrai par mail un formulaire de consentement. Est-ce que je peux avoir votre adresse mail s'il vous plaît ?

ITW2 (Interviewé 2) - D'accord, xxx@gmail.com.

AB - Très bien merci.

ITW2 - Et j'aimerais bien avoir le plan du mémoire, si c'est possible et évidemment le lire quand il sera fini.

AB - Oui bien sûr, je vous enverrai ça par mail. Vous travaillez dans le Sud de la France c'est ça ?

ITW2 - C'est ça.

AB - Et depuis combien de temps vous exercez l'ostéopathie ?

ITW2 - 22 ans, depuis 2000.

AB - Ok, et avant vous étiez kiné c'est bien ça ?

ITW2 - C'est ça, depuis 1993.

AB - D'accord et vous avez conservé une activité kiné ou est-ce que vous faites exclusivement de l'ostéopathie ?

ITW2 - Depuis 2000, exclusivement de l'ostéopathie.

AB - Très bien. Et en formations sur les réflexes archaïques, qu'est-ce que vous avez fait ?

ITW2 - Paul Landon, IMP.

AB - Est-ce que vous l'avez fait récemment ?

ITW2 - Il y a quelques années. J'ai été son assistant après.

AB - Et est-ce que vous avez réalisé d'autres formations hors réflexes ?

ITW2 - Depuis 20 ans, ça ne fait pas une année où je n'en ai pas fait.

AB - Ok donc un bon nombre de formations complémentaires. Le premier thème de mon guide, c'est l'abord des réflexes en cabinet. Comment vous, vous abordez les réflexes dans votre pratique ?

ITW2 - J'ai un exercice spécifique donc des gens qui viennent me voir exclusivement pour les réflexes, qui me sont adressés par des orthophonistes, des ergothérapeutes, des psychomotriciennes, ou même qui me connaissent déjà. Après quand je fais une séance d'ostéo et qu'il y a quelque chose qui se passe, je parle des réflexes archaïques et je vois ce que ça donne, et je propose à ce moment là une prise en charge et un suivi au niveau des réflexes.

AB - Ok, et vous diriez que sur une semaine, la part donnée aux réflexes par rapport à l'ostéopathie, elle est de combien à peu près ?

ITW2 - Sur les patients « ostéo », assez faible, mais sur les patients « réflexes », j'en vois 4 ou 5 par semaine.

AB - Et en ostéo, vous en voyez combien par semaine ?

ITW2 - 30 à 35.

AB - Ok. Et avec quelle patientèle vous utilisez les réflexes ?

ITW2 - En exclusif, dans 95% des cas, c'est des enfants : troubles dys-, TDA et TDAH. Et en cabinet, ça peut être avec des adultes mais avec des problèmes spécifiques ou sur des personnes âgées.

AB - D'accord, et vous avez des patients avec des pathologies neurologiques ou personnes âgées avec des pathologies neuro-dégénératives type Parkinson ?

ITW2 - Très rarement. On ne les voit pas en cabinet.

AB - Ok. Mon deuxième thème c'est les précisions sur les réflexes. Quels réflexes vous testez principalement ?

ITW2 - J'en teste une bonne vingtaine, plus ou moins d'autres en cours de route. Le testing de base c'est entre 15 et 20.

AB - Le protocole c'est : 20 tests et vous en rajoutez en fonction de vos résultats c'est bien ça ?

ITW2 - Oui au cours de l'apprentissage.

AB - Ok. Et est-ce que ça peut vous arriver après une séance ostéo, d'enchaîner sur des tests ou vous refaites une deuxième séance pour ça ?

ITW2 - Il faut reformuler la question.

AB - Lorsque vous avez des patients en ostéopathie, que vous leur parlez des réflexes parce que vous pensez qu'ils en ont besoin, est-ce que vous faites les tests dans la même séance ?

ITW2 - Oui bien sûr. Pour être sûr qu'il y a un problème, que ce que je trouve en ostéo peut être amélioré par le réflexe, oui je teste en cours de séance et en fonction de (ce que je trouve), je réintègre dans la séance même. Et à ce moment là je donne ensuite des exercices de consolidation, à faire à la maison, et je revois un mois plus tard pour vérifier si l'ancrage neuronal s'est bien fait.

AB - Très bien. Donc vous ne testez pas les réflexes sur tous vos patients ostéo ?

ITW2 - Non.

AB - Vous disiez que vous donniez des exercices en autonomie à faire à la maison, comment ça fonctionne ? Est-ce que vous en donnez un seul, plusieurs ?

ITW2 - Ça dépend des patients, ça dépend des cas, comme d'habitude, toujours personnalisé. Rarement plus de 3. Car de toute façon ça ne sera pas fait.

AB - D'accord, justement j'ai eu un entretien hier et l'ostéopathe me disait : quand les gens viennent pour de l'ostéopathie, qu'ils sont testés ensuite pour les réflexes, ils ont du mal à faire leurs exercices, contrairement à ceux qui viennent exclusivement pour les réflexes. Vous en pensez quoi ?

ITW2 - Que c'est plus patient-dépendant, que contexte-dépendant. C'est-à-dire qu'un sportif par exemple donc je m'aperçois qu'il a un réflexe non-intégré, que ça le perturbe au niveau de sa pratique, si je lui propose un exercice, je suis à peu près sûr qu'il va le faire. Parce que le sportif veut améliorer son quotidien et sa pratique sportive.

AB - C'est une question que j'allais vous poser, je suis kiné pour un club de football professionnel donc c'est très intéressant de savoir ça, c'est quelque chose que j'aimerais bien mettre en place plus tard.

ITW2 - Ah oui c'est intéressant. Vous êtes dans quel club ?

AB - Le Havre, le HAC.

ITW2 - Je me suis occupé du club d'Alès il y a 20 ans, la dernière année où ils étaient en National.

AB - Super. C'est intéressant de savoir que vous avez travaillé les réflexes dans le sport. J'ai trouvé très peu de littérature scientifique sur les réflexes et les sportifs.

ITW2 - Il y a très peu de littérature dans l'ensemble sur les réflexes.

AB - C'est clair mais encore moins sur les adultes et les sportifs.

ITW2 - Si vous en trouvez de la littérature, quelle qu'elle soit sur les réflexes, je veux bien l'avoir. Au pire ça fera doublon avec ce que j'ai déjà.

AB - Je vous enverrai avec le plan du mémoire, ma bibliographie.

ITW2 - Sur les réflexes il y a un bouquin qui est hyper intéressant, puisqu'on parle biblio, Au-delà des Ascides, c'est Moira Dempsey qui l'a écrit, il est très bien fait.

AB - Ok très bien, je ne l'ai pas lu, merci. J'ai lu pas mal d'articles et de livres mais pas celui-ci. Le dernier thème de l'entretien, c'est les réponses à mes hypothèses de travail. Quels liens vous faites finalement entre l'ostéopathie et les réflexes ?

ITW2 - Neuro, ça permet de mettre l'émotionnel dans le corps. Puisque le ré-émergence d'un réflexe chez l'adulte intervient souvent après un choc traumatique ou un choc émotionnel, et donc une perte de l'inhibition par le cortex pré-frontal, du coup ce qui est sous-cortical peut se ré-exprimer.

AB - Ok, et mes deux hypothèses étaient croisées : la première c'est « des lésions ostéopathiques peuvent-elles influencer la non-intégration ou la ré-apparition de réflexes ? » et la deuxième c'est « la présence de réflexes non-intégrés peuvent-elles influencer l'apparition de lésions ostéopathiques ? », qu'est-ce que vous en pensez ?

ITW2 - Il faudrait que j'affine mais à première vue c'est non à la première, oui à la deuxième.

AB - D'accord, pourquoi non à la première ?

ITW2 - Dans la majeure partie des cas oui, maintenant C0-C1 buguée, ça peut jouer sur le X (dix ou nerf vague), qui peut jouer sur les nœuds donc ça peut avoir une influence mais indirecte.

AB - D'accord donc pour vous l'intérêt c'est que la présence de réflexes influence l'apparition de lésions ostéo.

ITW2 - Elle influence la mise en place de schémas posturaux coûteux en énergie et donc à terme des contraintes sur le système ostéo-articulaire et musculaire.

AB - Ok, pour vous il y a cette modification de la posture qui va ensuite entraîner des lésions ostéo-articulaires.

ITW2 - Il y a une modification du schéma moteur, puisque les réflexes c'est la mise en place de schémas moteurs, qui si elle n'est pas compensée ou rééquilibrée, va générer des adaptations du corps et qui à terme peuvent devenir des lésions avec le temps.

AB - Ok, je vois très bien. Sur l'entretien, j'ai posé les questions que je voulais, mais j'avais aussi une question : si vous aviez un ou deux exemples récents à me raconter, intéressants pour mon travail ?

ITW2 - Des patients que j'ai suivi en « réflexes » et qui se sont améliorés ? Ou des patients pour qui ça n'a rien donné ?

AB - Des cas qui pourraient orienter mon travail.

ITW2 - Quelqu'un qui a des lumbagos à répétitions avec une perte de conscience proprioceptive dans sa zone dorso-lombaire et qui arrive en hyperalgie, si on commence par travailler le réflexe de Galant puis de Perez, on arrive à shunter certaines barrières douloureuses, donc à redonner de la mobilité au patient et donc avoir un gain de temps sur la séance. C'est le premier exemple qui me vient en tête.

AB - Ok super. Pour orienter mes hypothèses : mon fils avait fait un torticolis congénital à la naissance, il ne tournait pas la tête à droite, je me suis dit « si je ne vais pas voir un ostéopathe et un kiné, qu'il n'est pas traité pour ça, il ne va jamais intégrer son RTAC à droite car il ne stimulera jamais ce côté ».

ITW2 - Ce n'est pas sûr que ce soit aussi systématique que ça. Car par exemple puisqu'on parle de sportifs, il y a quelques années, il y avait un centre de handball à Montpellier, un joueur avait un torticolis congénital énorme et avait un bras énorme, donc ne devait pas être gêné. Il s'était construit posturalement autour de son torticolis, ça ne le gêna pas. On se construit avec ce qu'on est, et il faut que le réflexe d'attachement soit bien en place. Ça permet d'amener la sécurité, c'est l'insécurité qui met sous stress.

AB - D'accord. Et pour ce joueur, s'il avait un RTAC non intégré, vous le laisseriez comme ça ?

ITW2 - J'ai pour principe de ne pas aller travailler ce qu'on ne me demande pas de faire, ce que le corps ne m'indique pas de faire. Je ne suis pas là pour tout remettre en fonction de ce que je sais et de ce que je pense pouvoir réparer. Ce n'est pas à moi de définir ce qui doit être réparé, c'est le corps du patient qui doit me le dire. Quand il fonctionne bien comme ça, pourquoi pas, mais

encore une fois, c'est à discuter, à affiner. S'il y a un problème d'ATM qui se surajoute ou un problème oculaire qui se met en place par dessus, on vient de nouveau tirer sur le V (cinq ou nerf trijumeau) sur la même zone. C'est impossible d'éditer de règles pour moi.

AB - Oui finalement, il n'y a pas que les réflexes qui comptent dans ces cas-là, il y a d'autres facteurs. Avez-vous d'autres choses à rajouter, c'était le dernier thème, liberté d'expression ?

ITW2 - Bravo d'avoir choisi ce thème, c'est super intéressant. Bon courage pour la suite et la rédaction du mémoire.

AB - Merci, j'ai fait un premier entretien hier et j'en ai deux autres après vous, donc un avec un ostéopathe qui a fait une formation avec Bruno Chikly, un abord des réflexes par le travail crânien, je me suis dit qu'il fallait que j'aborde toutes les possibilités d'intégration de réflexes pour pouvoir parler du mémoire.

ITW2 - A partir du moment où on remet du cortex pré-frontal, on remet de l'inhibition et les réflexes s'intègrent, les réflexes en fait ne sont pas non-intégrés, ils sont juste exprimés car il n'y a pas d'inhibition des centres supérieurs, donc avec le crânien j'ai constaté qu'on améliorait bien les choses. Il y a des réflexes où je n'utilise plus les protocoles et je passe en ostéo.

AB - Super. C'est noté. Je vous envoie ce qui a été mentionné au début de l'entretien dans la semaine. Je vous remercie beaucoup Monsieur, au revoir.

ITW2 - Ok, bonne journée, au revoir.

Entretien téléphonique réalisé en 2 temps, causé par un empêchement.

ITW3 - Bonjour Adrien !

AB - Bonjour !

ITW3 - On arrive enfin à nous joindre ! Raconte moi si j'ai bien compris, tu fais un mémoire sur les réflexes archaïques ?

AB - Exactement c'est ça. Avant de démarrer je voulais te dire que j'allais enregistrer la conversation pour pouvoir la retranscrire ensuite. Je t'envoierai quand même un formulaire de consentement par mail. Est-ce que je peux avoir ton adresse mail s'il te plaît ?

ITW3 - Très bien. Oui, c'est xxx@gmail.com.

AB - Très bien, ok. J'ai souvent entendu parler de toi par Simon. Tu as l'air aussi intéressant que lui dans le domaine du médical donc c'est super de pouvoir discuter avec toi.

ITW3 - C'est sûr on est tous les deux passionnés.

AB - C'est clair. Donc il y aura deux parties, une première partie relationnelle pour te présenter, que je puisse t'expliquer ce qu'il en est de mon travail de fin d'études, et ensuite la partie entretien ciblée sur les réflexes.

ITW3 - Très bien, parfait.

AB - L'idée était de cibler des ostéopathes qui pratiquent les réflexes dans leur quotidien avec leurs patients, pour pouvoir lier l'ostéopathie aux réflexes. J'ai fait une première partie revue de littérature sur ce que disait la science des réflexes, quelle population était ciblée dans les études, j'ai présenté les réflexes les plus recensés dans la littérature. Toi, tu exerces en tant qu'ostéo et kiné également ?

ITW3 - Oui c'est ça. J'essaye petit à petit de passer progressivement vers l'ostéopathie, je pense comme nous tous, mais pour l'instant la grande partie des revenus c'est la kiné. Mais ça commence à s'équilibrer.

AB - Ok et ça fait combien de temps que tu es ostéopathe ?

ITW3 - J'ai eu mon premier diplôme d'ostéo en 2018 et après pour le valider en France, j'ai refait une année à Vichy, parce que j'ai fait mes études en Pologne et c'était une filière d'une école belge. Du coup mon deuxième diplôme était en 2019.

AB - D'accord. Et tu as réalisé quelle(s) formation(s) sur les réflexes archaïques ?

ITW3 - Une formation, le monsieur qui la donne c'est un français mais il habite aux Etats-Unis, il s'appelle Bruno Chikly.

AB - Ok, et tu en as réalisé d'autres sur ce sujet ?

ITW3 - Il y en avait une autre, la deuxième méthode elle s'appelle P-DTR, c'est une abréviation de Proprioceptive Deep Tendon Reflex, par un médecin, il est mexicain de mémoire, un chirurgien orthopédique qui s'est formé à la kinésiologie appliquée, un truc de chiropracteur à la base. Il a modifié ça pour que le langage soit beaucoup plus médical, beaucoup plus neurologique, et là-dessus il enseigne le travail sur des réflexes archaïques.

AB - Ok, super. Et la méthode de Bruno Chikly, ça consiste en quoi ?

ITW3 - La méthode de Bruno Chikly, globalement dans l'ordre des choses, présenté par Bruno, par exemple un patient qui vient, pas forcément un enfant, ça peut être n'importe qui mais il faut qu'il ait plus que 5 ans car avant on part du principe que peut-être il est un petit peu en retard. Tu fais l'ostéopathie classique, dans le sens tu trouves tes tensions, tu les normalises jusqu'au moment où la personne est équilibrée. Deuxième étape c'est, Bruno enseigne aussi une formation sur le cerveau qui a 4 modules et il y a certains éléments qui sont importants de son point de vue, l'objectif c'est de normaliser le système nerveux central, ça c'est le deuxième point. Et le troisième point c'est les réflexes, ça veut dire que quand tout est bien, quand le patient est équilibré mais qu'il a encore des symptômes et tu veux approfondir quelque chose, à ce moment-là tu

commences à lui faire des tests de provocation, tu lui testes les réflexes. Par exemple le réflexe palmaire tu stimules la main du patient et tu regardes s'il y a une réaction des doigts. Tu fais cette stimulation, s'il y a un réflexe qui réagit, qu'il y a une preuve visible qu'il y a un problème, si tu ne le vois pas, tu peux toujours partir du principe qu'il y a un petit truc. Mais globalement tu stimules le réflexe et immédiatement après, tu vas faire un test, ce n'est pas vraiment une palpation c'est plus un ressenti car au final tu ne palpés rien du tout, on va dire un test d'écoute du système nerveux central et de la moelle épinière. Tu balades un peu tes mains sur la tête, sur la moelle épinière et tu regardes s'il y a une zone que Bruno appelle ADNA, c'est de l'anglais, Area of Diffusion Neural Activation, c'est une zone d'activité neurale diffuse, ce n'est pas physique ça fait une sensation un peu plus énergétique, une sensation de densité, comme si sous ta main il y avait plus d'activité, ce n'est pas difficile à sentir. Pour te donner une idée, quand j'ai fait cette formation c'était en 2018 et très rapidement après je l'ai montré à Simon qui était en première année d'école ostéo et il a réussi à les sentir ces zones d'activité neurale diffuse, ça montre que tu n'as pas besoin d'avoir 50 ans d'expérience. Et après tu travailles dessus, alors Bruno Chikly, comment tu dois travailler sur cette zone d'activité neurale diffuse, ça c'est un petit peu complexe, Bruno n'apprend pas comment il doit travailler dessus, il part du principe qu'à partir du moment où tu sens un truc, tu sais travailler dessus. Il dit « si tu fais de l'énergétique fais de l'énergétique, si tu fais du fascia, fais du fascia, si tu fais du structurel, tu retrouves cette densité qui a changé. Si tu fais de la biodynamique tu utilises tes protocoles de biodynamie. » Du coup il est ouvert à tout un tas de trucs mais son dada c'est de trouver, de cibler avec précision où est cette zone et de l'enlever. Et un réflexe peut avoir une, parfois deux, très rarement trois zones qui embêtent le système nerveux et qui font que la stratégie du corps c'est d'utiliser le réflexe au lieu d'utiliser les schémas plus cortiqués pour gérer la situation.

AB - D'accord, et l'idée c'est de travailler ces zones d'activité neurale diffuse pour intégrer le réflexe ?

ITW3 - C'est ça, ce qu'il se passe c'est que, quand tu les enlèves, tu travailles une zone, celle que tu as trouvée, celle qui est la plus gênante et derrière tu retestes le réflexe, et dans la grande majorité des réflexes ils sont censés grandement diminuer, voire disparaître après la première, deuxième, troisième zone d'activité neurale diffuse. Et voilà trois ça n'arrive quasiment jamais, au grand maximum il y en a deux mais souvent après la première tu vois déjà une grande amélioration.

AB - Ok, donc ça éviterait possiblement de travailler comme certains font : 5 minutes tous les jours pendant plusieurs semaines un réflexe pour l'intégrer ?

ITW3 - Pour te donner un exemple très parlant, il y avait pendant la formation une femme qui avait fait une formation sur les réflexes pour les kinés. La formation c'était de travailler les réflexes avec des exercices. Et il (Bruno Chikly) montrait le réflexe palmaire et il a choisi un collègue que je connais bien personnellement, je sais qu'il est un grand fan d'escalade et il avait le réflexe palmaire actif dans les deux mains. Et ça se voyait bien, il passait un stylo sur le côté palmaire de la main et il y avait une grande réaction des doigts comme s'il voulait attraper le stylo, c'était involontaire. Il (Bruno Chikly) a travaillé dessus sur la gauche et sur la droite, des deux côtés il a travaillé une zone, peut-être max deux zones. Sur une zone, quand il a travaillé sur le cerveau, ça lui a pris, je n'ai pas mesuré mais je ne pense pas que ça ait pris beaucoup plus qu'une minute, allez une minute et trente secondes grand max. Et le réflexe a disparu complètement après deux minutes de travail sur une main, deux minutes sur l'autre main, en totalité 5 minutes. Tu n'as pas l'impression de t'ennuyer pendant le moment où le mec te montre la technique parce que ça prend très vite. Et à ce moment-là la femme qui avait fait cette formation, elle est choquée car un truc comme ça qui était très prononcé, ça prendrait avec des exercices environ 6 mois pour essayer de l'enlever et encore ça ne serait pas sûr. Derrière mon collègue qui est venu en formation, il est très passionné en escalade, il s'est pris un hôtel dans lequel il y a un petit mur d'escalade, le même jour il est allé sur le mur d'escalade, mais sa stratégie c'est qu'il monte sur le mur, ce n'est pas qu'il va vers le haut il descend et c'est fini, il monte sur le mur et il fait des tours vers la gauche, vers la droite, et en faisant des tours il est capable de tenir sur un mur environ 10 minutes, là il est resté 25 minutes et il est descendu, pas parce qu'il n'en pouvait plus et que ses avant-bras étaient congestionnés, il est descendu parce qu'il avait peur, il a fait 250% de la norme et il s'est dit « je vais descendre parce que je vais me faire mal, mais il n'est pas descendu parce qu'il avait mal, il est descendu par bon sens. Et on peut se demander, oui mais est-ce que quelque chose comme ça ça tient ? Bruno a fait un film Youtube, il a fait une petite recherche qu'il n'a pas publié parce

que je pense qu'il préfère vendre les formations et gagner des sous en faisant des formations, du coup il a fait un film en Islande, il a travaillé sur une équipe de handball féminine, il a fait des statistiques il a travaillé sur une vingtaine de filles, il a repéré des réflexes, ceux qui étaient présents, et il refaisait une formation derrière donc il les a revu 6 mois plus tard, les réflexes n'étaient toujours pas revenus et les filles ont remarqué tout un tas d'améliorations dans la concentration, dans la coordination et leurs notes se sont améliorées. Ça doit être possible de retrouver ce film sur Youtube.

AB - Et pour reparler de ton collègue qui faisait de l'escalade, est-ce que c'est quelqu'un qui avait des pathologies autour des zones du réflexe palmaire, à créer de l'inflammation tendineuse autour ?

ITW3 - Il prenait assez bien soin de lui parce qu'il est kiné aussi. A chaque fois qu'il faisait des exercices, qu'il était bien congestionné des mains, d'habitude quand il montait pendant 10 minutes il était accroché au mur, ses avant-bras étaient très congestionnés alors ce qu'il faisait c'est qu'il les écartait, les massait, et vu qu'il prenait bien soin de lui, ça n'arrivait pas à un stade de pathologie tendineuse mais probablement que ça n'arrivait pas à ce stade là car il avait des connaissances et aussi un comportement qui le protégeait de ça.

AB - Ok super, on va continuer là dessus, le premier thème de l'entretien c'est l'abord des réflexes en cabinet. Toi, comment tu abordes les réflexes en cabinet ? Pour quelle patientèle tu les utilises ? Est-ce que tu peux m'expliquer un petit peu ?

ITW3 - Oui bien sûr, alors Bruno à la fin de sa formation il a fait une liste très simple, par exemple par pathologie quel type de réflexe ça vaut le coup de voir. Par exemple : tendinite d'Achille ou aponévrosite c'est des zones qui se ressemblent mais tu vas avoir le réflexe plantaire, est-ce que ça réagit ? Est-ce que tu as le réflexe de Babinski ? La personne n'a pas de problème neurologique mais elle peut pour une raison qu'on ne connaît pas avoir un réflexe de Babinski qui est positif, de temps en temps ça arrive, ou un autre réflexe, la formation est en anglais, c'est le tendon guard, c'est le réflexe de protection des tendons. Si j'ai des gens qui ont ça, ce que je fais c'est que je fais mon travail d'ostéopathie classique et au moment où j'ai terminé je teste les réflexes et s'il est positif on va dire à 5 minutes de la fin je les travaille, ça c'est une façon de faire. Par exemple quelqu'un vient pour des cervicalgies, quelqu'un qui travaille beaucoup sur l'ordinateur, du coup il y a des réflexes comme tonique asymétrique du cou, tonique symétrique du cou, ça vaut le coup de les voir en fonction des positions que les gens prennent. Par exemple l'asymétrique et le symétrique du cou c'est très important chez les gens qui roulent beaucoup en voiture. Le symétrique du cou, beaucoup plus chez des gens qui passent du temps devant l'ordinateur. Par exemple le réflexe de Moro il est associé à des réactions sympathiques, si le réflexe de Moro n'est pas bien intégré, à ce moment-là, souvent les réactions du système sympathique peuvent être exagérées. Si le patient me dit qu'il a des peurs, des angoisses, il y a un petit bruit le patient sursaute tout de suite, s'il me parle de ce côté un peu sur-réactif, je pense au Moro. Ou il y a le réflexe de peur paralysante qui doit être complètement intégré pour que le Moro puisse faire son travail, pour qu'il puisse être intégré à son tour. Le réflexe de peur paralysante est plus lié au parasympathique, à cette branche ancienne qui peut donner justement ces réactions de « freeze ». Tu sais par exemple, il y a un petit bruit et la personne est complètement paralysée.

AB - Oui je vois, comme le lapin qui s'arrête complètement quand il entend un bruit suspect.

ITW3 - C'est ça. Alors c'est un peu les symptômes qui me guident, l'interrogatoire dans un deuxième temps, et dans un troisième temps parfois, c'est plus rare quand j'ai des enfants, je sais qu'ils ont des troubles à l'école ou des difficultés dans un sport particulier, à ce moment-là je prends un peu plus de temps je fais toute la batterie de tests, je fais la vingtaine de tests. Si c'est fait rapidement, je peux tester ça en 5 minutes. S'il en a plusieurs positifs, à ce moment-là, je traite et tout le traitement peut être basé sur les tests aussi. Ça arrive, c'est rare.

AB - C'est intéressant tout ce que tu me dis parce que j'ai déjà fait deux entretiens avec des ostéos qui ont fait la formation de Paul Landon à l'IMP. Je pense qu'ils font les mêmes tests que toi mais eux donnent des exercices plus fonctionnels à faire à la maison. Ils séparent en général l'ostéo et les réflexes et une grande partie de ceux qui viennent en réflexes sont des enfants. Toi, tu tests régulièrement les réflexes pendant une séance ostéo.

ITW3 - Oui je teste, pour te donner un exemple qui peut être parlant. J'ai une patiente qui vient, elle est bien diagnostiquée parce que sa douleur est là depuis 10 mois, elle a une aponévrosite

plantaire. Elle a vu déjà je crois un ou deux ostéos, elle a vu un médecin, elle a fait des infiltrations, elle a fait des tonnes de séances kiné, elle a fait des semelles, elle a perdu du poids, elle a fait du renforcement, des étirements, elle a tout fait. Et du coup, elle vient me voir parce que quelqu'un lui a conseillé, je fais mon travail ostéo de base, je regarde au niveau des chevilles mais articulairement il n'y avait pas grand chose, il y avait quelques petites bricoles au niveau du bassin et des lombaires et après il y avait deux trucs à faire, j'ai fait d'abord un travail crânien sur le système nerveux central avant de faire les réflexes, du coup j'ai travaillé dans la zone du cervelet dans un premier temps, et dans une deuxième temps j'ai stimulé son pied et j'ai travaillé de nouveau cervelet et dans différentes zones du cerveau pour lui enlever tout ça. Et la patiente, au moment où elle s'est levée, pour la première fois depuis les 10 mois, elle ne ressentait plus de douleurs, plus du tout. Elle était super surprise, elle était forcément très contente, moi je lui ai dit « écoutez c'est un résultat qui était franchement un petit peu inattendu », mais j'en étais très content, c'est exactement ce que je pense qu'il allait se passer mais la vérité c'est que je ne pensais pas que son machin allait être résolu à 100% en une séance, j'étais peut-être un peu moins surpris qu'elle mais j'étais assez surpris, et je lui ai proposé d'attendre et si ça revient, à partir du moment où ça reviendra, de revenir me voir comme ça on saura combien de temps l'effet positif il a tenu et en fonction de ça on va faire derrière une stratégie pour que ça devienne permanent parce que je l'ai prévenu que ce n'est pas obligé que ce soit permanent parce que c'est la vérité, je n'en savais rien. Et c'était il y a 3 mois et pour l'instant je ne l'ai pas encore revu et vu que j'étais la seule personne qui a eu un impact sur sa pathologie, je pense qu'elle serait revenue mais pour l'instant je ne l'ai pas encore revu.

AB - Ok ! Et juste pour refaire un aparté sur cette deuxième phase selon Bruno Chikly du travail sur le système nerveux central, à l'école de Rennes, on a une approche très structurée sur le crâne où on vient travailler une structure à travers une surface osseuse, comment tu pourrais le définir ton traitement du système nerveux central ?

ITW3 - Alors oui, je connais bien les techniques que vous faites parce que j'échange très régulièrement avec Simon et dans d'autres écoles bien sûr ils font du fonctionnel, parfois dans certaines écoles ils parlent un petit peu de rythme mais il n'y a aucune école d'ostéopathe qui pourrait apprendre à travailler sur le cerveau, ça n'existe pas dans la formation initiale. Moi je vois ça un peu comme ça, le métier d'ostéopathe c'est vraiment un deuxième métier. Tu sais, tu fais l'école de kiné, tu n'es pas un kiné extraordinaire juste après ton école, et pour moi on n'est pas des ostéopathes extraordinaires juste après l'école d'ostéopathe, il y a vraiment beaucoup à apprendre derrière. Alors le travail (du système nerveux central), ce n'est pas très différent de ce que vous faites, la première chose c'est qu'il faut percevoir un endroit sur lequel tu veux travailler, alors comment le faire, ça bien sûr tu ne peux pas le faire avec la palpation, tu ne peux pas palper le cerveau, en tout cas moi je n'ai pas l'impression que ce soit possible. Alors tu poses tes mains, moi j'ai fait différentes formations, par exemple j'ai fait la formation de fasciathérapie de Danis Bois, ça c'est quelque chose qui m'a permis d'améliorer mon ressenti, après j'ai fait des formations sur le cerveau avec Jean-Pierre Barral, lui il en propose 2, ça permet de rentrer plus en profondeur. J'en ai fait une autre avec une femme, canadienne, Nathalie Camirand, elle a un travail plus structurel sur le cerveau et ça a l'air de lui réussir aussi. Et puis derrière j'ai fait la formation avec Bruno Chikly sur le cerveau et ensuite sur les réflexes néonataux et derrière j'ai fait la formation complète de biodynamique avec Bruno Josse, et si tu voulais devenir un expert du système nerveux central, dans l'ordre des choses je te conseillerais de faire la formation de Jean-Pierre Barral et celle de fasciathérapie de Danis Bois. Alors la formation fasciathérapie de Danis Bois si tu la fais pour kiné, il y a 12 modules c'est assez long c'est sur 3 ans mais si tu fais la formation pour ostéopathe, tu peux la faire beaucoup plus rapidement. Si tu as fait ces formations là, après ça vaut vraiment le coup de faire la biodynamique parce que ça c'est de mon point de vue la formation la plus puissante sur le système nerveux central que j'ai fait pour le moment, je n'ai rien vu de mieux. Mais c'est dur, la formation que j'ai faite, il y a beaucoup de gens qui se sont inscrits dessus parce qu'elle est chouette, elle a une bonne réputation mais si tu t'inscris dessus trop tôt tu ne vas pas profiter des connaissances du prof, ça peut vite être trop et même si j'ai fait des dizaines de formations, je t'avoue que j'ai réussi à suivre assez facilement jusqu'au troisième/quatrième module mais le cinquième/sixième module il y a encore beaucoup de choses que je dois revoir et il y a beaucoup de choses à apprendre parce que c'était trop dur, trop complexe mais c'est extraordinaire.

AB - Ok, et tout ça avant la formation de Bruno Chikly ?

ITW3 - Non pas forcément, la formation de Bruno Chikly, si tu fais le premier module puis après tu fais les réflexes archaïques, c'est largement suffisant si tu veux travailler sur les réflexes. Après ça peut être un petit peu plus complexe si tu veux avoir un impact sur le cerveau, par exemple si tu veux travailler avec des enfants épileptiques, avec des gens qui ont eu des AVC (Accidents Vasculaires Cérébraux), avec des enfants qui ont un retard mental, et avoir un effet dessus. Si tu veux avoir un impact dessus, il faut avoir quelques années de travail complexe pour essayer de percevoir ce qu'il y a à l'intérieur du cerveau et après de faire une technique avec suffisamment de force, de précision pour effectivement qu'il y ait un résultat derrière.

AB - Ok très bien, le deuxième thème c'était des précisions sur les réflexes, alors tu m'en as déjà parlé pas mal, mais toi est-ce qu'il y a des réflexes que tu testes principalement ? Est-ce qu'il y en a que tu fais plus que d'autres ?

ITW3 - Oui, je fais palmaire et plantaire pour tout ce qui est pathologies des mains, des avant-bras, des chevilles, des pieds, aponévrosites, tendons, voilà c'est les choses qui sont liées avec le local. Le réflexe de Galant, c'est pour des lombalgies, des problèmes de vessie aussi. Le réflexe tonique symétrique du cou et le réflexe tonique asymétrique du cou, beaucoup pour les cervicalgies. Et pour les problèmes de Système Nerveux Autonome, c'est le Moro et le deuxième c'est Peur Paralysante pour le parasympathique. Ceux-là c'est ceux qui reviennent le plus souvent.

AB - Ok très bien. Tu m'as dit que tu les testais principalement en fin de séance ?

ITW3 - Oui

AB - Ok. Et j'avais une question mais elle était quand même plus destinée à ceux qui font d'un côté de l'ostéo et d'un côté des réflexes, mais je vais quand même te la poser : quelle part tu donnes aux réflexes par rapport à l'ostéopathie dans tes séances ?

ITW3 - L'ostéopathie c'est 100% et j'ai un petit peu inclus les réflexes dans l'ostéopathie. Pour moi, il n'y a pas vraiment de réel différence, c'est juste que je fais de l'ostéopathie sur un patient sur lequel j'ai fait un test de provocation avant, mais ça reste de l'ostéopathie.

AB - D'accord, et est-ce que ça t'arrive de donner des exercices à faire à la maison en lien avec les réflexes ?

ITW3 - Non

AB - Non, ok.

ITW3 - Très souvent, en une séance le truc il est réglé. Quand il n'est pas réglé en une séance, je propose une deuxième séance et là normalement à la deuxième séance c'est réglé.

— STOP ENTRETIEN CAUSE CONTRE-TEMPS —

ITW3 - Bonjour Adrien

AB - Bonjour, je pense que ça va être assez court, nous avons presque fini. Donc en fait la dernière fois, juste pour te rappeler, tu m'avais donné les réflexes que tu testais principalement et on avait terminé, tu m'avais dit que tu ne donnais pas d'exercices à domicile, toi les tests des réflexes et le traitement faisait partie intégrante de la séance. Moi j'avais un dernier thème c'était une réponse à mes hypothèses de travail sur le lien entre l'ostéopathie et les réflexes, j'en ai posé deux, la première c'était : « Des lésions ostéopathiques peuvent-elles influencer la non-intégration ou la réapparition de réflexes archaïques ? » et de façon croisée la deuxième était « La présence de réflexes non-intégrés peut-elle influencer l'apparition de lésions ostéopathiques ? ». Je voulais savoir ce que tu pensais de ces deux hypothèses, si pour toi les deux étaient viables on va dire, étaient possibles, comment tu vois les choses à ce niveau-là ?

ITW3 - Moi j'aurai tendance à dire que les deux sont vraies. Mais j'ai un petit astérisque par rapport à ça, c'est que ça dépend comment tu définis la lésion ostéopathique, c'est un grand débat aussi. Si on pense par le fait qu'une articulation est bloquée, tu sais tout simplement un petit déficit de mouvement, ça ne fera pas apparaître de nouveau des réflexes, ça c'est quelque chose à laquelle je ne crois pas du tout. Par contre à l'inverse, un réflexe non-intégré peut augmenter la tension musculaire de façon asymétrique, peut bouleverser les schémas moteurs et du coup ça

peut bloquer des articulations, mais en conséquence de conséquence de conséquence. Mais oui je pense que des lésions profondes dans le corps, ça peut créer des réflexes archaïques, oui c'est vrai. Si c'était écrit et qu'on m'avait demandé de cocher des cases, j'aurais sélectionné « oui » pour les deux.

AB - En fait pour cette première hypothèse, je m'étais posé cette question parce que mon fils avait fait un torticolis congénital à la naissance et je m'étais dit que si on n'avait pas fait d'ostéo et de kiné pour aller travailler cette rotation qui manque, peut-être qu'il n'aurait jamais développé un Réflexe Tonique Asymétrique du Cou du côté bloqué parce qu'il n'aurait jamais stimulé ce côté-là et il n'aurait pas cette coordination entre la main et l'œil.

ITW3 - Oui ça a du sens un raisonnement comme ça. Je pense qu'il faudrait faire des grosses statistiques pour ça mais globalement je trouve que ça se tient un raisonnement comme ça.

AB - D'accord, après la deuxième hypothèse je suis d'accord avec toi, je pense qu'elle est plus facile de raisonnement.

ITW3 - Ce que je voulais dire c'est que si un moment, je ne sais pas, tu tournes ta tête trop vite ou tu te bloques le dos, ça ne vas pas faire réapparaître des réflexes archaïques.

AB - Non ce n'était pas dans ce sens-là, c'est vrai. Un autre ostéopathe me disait dans un entretien précédent que finalement pour la deuxième hypothèse, lui expliquait que la présence de réflexes non-intégrés pouvait entraîner un changement de tonus et donc une modification de la posture qui pouvait derrière engendrer des lésions ostéopathiques, des lésions tissulaires. Je trouvais ça plutôt sensé aussi.

ITW3 - Oui c'est avec cette explication posturale, mais il y a d'autres explications parce que tu vois par exemple si tu as un réflexe palmaire, tu ne vas pas vraiment changer ta posture, par contre ça peut engendrer sur les fléchisseurs de l'avant-bras, une plus grande tension, peut-être au niveau du glissement du nerf médian, ça va l'affecter, et peut-être que ça va affecter plusieurs étages, une sorte de sensibilité des étages sur lesquels sort le nerf médian. C'est une hypothèse mais je pense qu'il y a beaucoup de théories qu'on pourrait faire et ça pourrait se tenir.

AB - C'est vrai. Le fait de proposer des entretiens c'était pour créer une ouverture sur ce sujet-là, après c'est clair que c'est des statistiques comme tu dis, des études scientifiques qui pourraient permettre d'avoir plus de précision. En tout cas je te remercie déjà, j'avais juste un dernier thème, c'était « liberté d'expression », ça laisse la possibilité à la personne avec qui je m'entretiens, de s'exprimer, de donner un exemple, ou pas.

ITW3 - Il y a un exemple auquel j'ai pensé. Il y a une semaine de ça, peut-être un peu moins, Simon m'a tagué sur Facebook, un couple de kinés demandait s'il connaissait quelqu'un qui travaille les réflexes archaïques. J'ai dit que je les travaillais, ils ont pris un rendez-vous, pour leur fille. Je demande qu'est-ce qu'il les amène ? J'avais compris les réflexes mais pourquoi ils veulent travailler ces réflexes ? Et ils me disent qu'elle fait de l'orthodontie, et le dentiste a testé un des réflexes, le réflexe de Babkin, il a demandé à la fille d'ouvrir la bouche, de serrer la main, d'ouvrir la main contre résistance et si c'est réglé avant le traitement d'orthodontie, ça marche mieux, il y a moins de gêne, le confort est plus grand. Il a demandé de régler ça sans conseiller d'aller voir celui-ci ou celle-là. Du coup je leur dis « ce que je vous propose je ne fais pas toute la panoplie de tests mais je me concentre sur ce que leur dentiste a vu, j'ai fait les tests de succion, les tests où si tu stimules un côté de la bouche, à ce moment là il y a la langue et la bouche qui vont vers un côté. J'ai fait les tests et parmi eux, il y en avait un qui était positif, le réflexe de Babkin était vraiment bien présent. Alors ce que j'ai fait c'est que j'ai fait un test global en touchant le corps, une palpation rapide, franchement la fille, tout allait bien. Il n'y avait aucune grosse tension, aucun gros problème, vraiment rien qui me disait oui il y a du travail à faire sur elle. Au niveau crânien, moi de mon point de vue je ne vois aucun problème. Et ça n'a pas l'air de l'impacter de façon très négative. Donc ce que j'ai fait c'est que j'ai stimulé son réflexe à droite et à gauche et immédiatement après j'allais de nouveau au crâne en cherchant en profondeur dans le crâne, dans la moelle épinière, en cherchant des endroits à travailler, et j'ai trouvé un truc au niveau du crâne et un truc au niveau de la cage thoracique. J'ai travaillé les deux, ça m'a pris quand même pas mal de temps parce que tu sais parfois je t'ai dit ça par exemple « ça part en 60 secondes », la

séance entière m'a pris 40 minutes, et avec les mains sur la patiente, oui je pense sur le traitement du réflexe lui-même, un bon 20 minutes. Et le machin est parti, pendant la séance, et à la fin j'ai testé 2-3 fois, et déjà pendant je voyais que ça réagissait d'une façon différente, et après je lui ai demandé de bouger un peu, de se mettre debout, de marcher un peu, de se rallonger, et j'ai refait le test et le test était négatif. Du coup les parents me demandent après : « quelle est la marche à suivre ? Est-ce qu'il y a des exercices ? », j'ai dit « il doit certainement y avoir des exercices mais comme je vous ai dit je ne travaille pas comme ça je ne les connais pas les exercices. Ce que vous pouvez faire dans un premier temps, c'est que vous avez vu le test, observez votre fille » et eux m'ont dit qu'ils avaient observé de leur côté que lorsque leur fille fait un travail manuel, parfois elle a des TOC (Troubles Obsessionnels Compulsifs) au niveau du visage, des mouvements un peu bizarres. Je leur ai dit d'observer ça mais qu'à mon avis le truc est réglé et si tout se passe bien par rapport à ça on n'a pas forcément de raisons de se revoir. C'était une situation où moi j'étais content parce que j'ai aidé à faire quelque chose de bon. Si l'orthodontiste fait attention à ces choses-là, je trouve chouette qu'il y ait des praticiens comme des ostéopathes qui peuvent aider dans un travail un peu plus pluridisciplinaire. Je ne pense pas que les exercices sont quelque chose qui est inutile, c'est juste que je n'ai pas vraiment pris la peine de les apprendre parce que je n'ai pas ressenti le besoin, mais je verrai un truc comme ça où un kiné en kiné donne des exercices par rapport à ça, un ostéo fait un travail manuel par rapport à ça, et l'orthodontiste voit qu'il y a un truc comme ça, il envoie une séance ostéo, des exercices en kiné, et à la fin quand le kiné teste et qu'il a terminé, il renvoie vers le médecin et le médecin fait son travail. Je trouve que c'est une bonne façon de faire.

AB - Oui tu penses qu'on pourrait envisager d'associer un traitement ostéo à des exercices pour intégrer un réflexe ? Faire les deux.

ITW3 - Oui c'est ça, alors après, peut-être que j'ai un problème avec l'argent mais je trouve que le travail ostéo qu'on fait, c'est quelque chose de magnifique, on fait des super belles choses, je suis sûr que pendant ton école ostéo, ton efficacité de traitement des patients a complètement explosé, mais il y a aussi des gens qui n'ont pas envie de s'embêter à faire 4 ans, 5 ans, d'études après leurs études de kiné et je respecte ça aussi. Mais le truc, faire 2 tests et proposer 3 exercices, je ne pense pas que ce soit justifié de facturer la même chose que toi en ostéo. D'un point de vue comptable c'est justifié mais est-ce que ça ne serait pas une formation standard kiné pour rajouter une quinzaine de tests, une trentaine d'exercices mais je pense que le côté exercices ça devrait plus être fait en kiné, tu donnes les exercices, tu renvoies l'enfant toutes les deux semaines ou une fois par mois, tu demandes aux parents si ça se passe bien. Et nous en ostéo, on devrait faire des trucs inaccessibles aux kinés, manuellement et techniquement parce qu'en ostéopathie tes compétences sont beaucoup plus grandes après. Ce serait chouette que l'on se partage le truc et chacun reste à sa place.

AB - Après j'ai eu en entretien deux ostéopathes qui différencient leur travail ostéo de leur travail des réflexes parce que, eux, leur formation sur les réflexes, ils l'ont fait à l'IMP (Intégration Motrice Primordiale) avec Paul Landon et le concept de l'IMP c'est : mêmes tests que toi mais exercices plus fonctionnels et eux l'ont appris comme ça.

ITW3 - Mais c'est une formation qui est destinée pour les ostéopathes ou kinés ?

AB - En fait pour presque tout le monde, même des personnes qui veulent être accompagnateurs en réflexes, et ceux avec qui je me suis entretenu ont globalement décidé de séparer leurs deux pratiques.

ITW3 - Ça a du sens mais quand quelqu'un vient te voir en kiné, tu lui fais deux, trois tests dans le sens « penchez vous en avant debout, sur le côté, ok vous avez mal parce que vous êtes raide, je vais vous montrer deux, trois étirements » et pour une séance kiné on est payé 16 euros. Je trouve que c'est justifié parce que franchement on n'a pas fait grand chose, ce n'est pas énorme. Certains disent que c'est beaucoup plus que ça mais franchement la réalité c'est que souvent ça se limite à ça et pour ça, être payé moins de 20 euros, c'est plutôt cohérent. Mais si quelqu'un fait la même chose avec les réflexes, je serai gêné de prendre 60 euros. Après je suis sûr qu'ils font ça de manière plus complète, ils vont faire tous les réflexes et vont montrer des exercices pour tous les réflexes. Je n'ai pas assez d'infos sur tout ça mais j'aime bien croire qu'en ostéopathie, il y a tellement de choses à faire qu'on peut avoir sa place en tant qu'ostéopathe dans l'accompagnement des réflexes.

AB - Oui j'entends bien ce que tu veux dire, et c'était aussi l'intérêt de ce travail : pouvoir recenser toutes les méthodes qui existent pour travailler ces réflexes et à travers 4 entretiens, ça m'a donné une bonne idée.

ITW3 - Je trouve que ton travail est très chouette parce que moi de mon point de vue c'est des choses qui valent la peine d'y réfléchir, ça vaut la peine de poser ce type de questions, ça a beaucoup de valeur. Merci beaucoup monsieur pour votre travail (rires).

AB - (Rires) C'est gentil mais oui je pense que ça peut débloquent pas mal de situations chez des patients en ostéopathie. Il y a plein d'autres méthodes mais ça en est une qui est très intéressante, donc je te remercie beaucoup d'avoir passé du temps pour moi pour cet entretien. Je t'envoierai pas mail un formulaire de consentement pour transcrire de manière anonyme l'entretien et je t'envoierai le mémoire quand je l'aurai terminé. Merci beaucoup.

ITW3 - C'était un plaisir et puis bon courage, salut.

AB - Salut.

AB (Adrien Barbe) - Bonjour.

ITW4 (Interviewé 4) - Bonjour Adrien.

AB - Dans cet entretien on va parler d'ostéopathie et de réflexes, juste pour te prévenir avant que j'enregistre l'entretien qui sera après transcrit de manière anonyme dans mon mémoire. La première partie est une partie relationnelle, en savoir un peu plus sur toi et t'expliquer ce que j'aimerais faire à travers ce mémoire. Donc je cible des ostéopathes qui pratiquent les réflexes archaïques dans leur quotidien auprès de leurs patients. Depuis quand exerces-tu en tant qu'ostéopathe ?

ITW4 - Moi je suis kiné depuis 2000 et j'exerce en tant qu'ostéopathe depuis 2006.

AB - Ok, et quelles formations tu as fait sur les réflexes archaïques ?

ITW4 - J'ai fait la formation du CIES (Collège International d'Etude de la Statique) sur les réflexes archaïques avec Cécile Mathieu Mezzorana qui est Kiné-ostéopathe en Suisse.

AB - Est-ce que tu en as fait d'autres formations ?

ITW4 - Non.

AB - Et est-ce que tu as réalisé d'autres formations en rapport avec l'ostéopathie ?

ITW4 - J'ai fait mon cursus entier à la maison de la Thérapie Manuelle et c'est tout. Et le CIES en posturologie et en auriculothérapie. Et auriculothérapie au sein d'une autre, le CERS.

AB - Ok, le premier thème de la partie entretien c'est l'abord des réflexes en cabinet, comment toi tu abordes les réflexes dans ta pratique ? Avec quel type de patientèle ?

ITW4 - En fait, quand je reçois un patient, ils viennent me voir surtout pour la posturo et je leur explique que c'est le point de départ donc je fais un bilan postural, je mets en évidence les déséquilibres pour voir un peu comment le corps s'organise et après je trouve les origines des déséquilibres s'il y en a. Il y en a quasiment toujours sinon les gens consultent peu ou ne consultent pas. Vérifier et faire le bilan des différents capteurs posturaux et ensuite il y a toujours plein d'asymétries qui viennent aussi de réflexes archaïques non intégrés, et ça influence aussi parfois la qualité et l'asymétrie des capteurs donc l'influence que ça a au niveau postural. Donc je fais un bilan de tous les réflexes qui ont un impact postural et de toute façon en grande partie les réflexes conditionnent l'état de notre système postural.

AB - Ok, donc si j'ai bien compris les réflexes font partie, sont un domaine des origines de déséquilibres : capteur oculaire, capteur podal, réflexes, etc. ?

ITW4 - Oui parce que l'organisation du tonus musculaire commence déjà in utero et c'est les réflexes qui conditionnent et après ça a un impact aussi sur le côté émotionnel et cognitif parce que ça structure aussi tout ce qui va créer du stress, des capacités de concentration et une bonne information de circulation dans le cerveau, etc. Donc c'est primordial de corriger, on a tendance à découper les gens, « vous avez mal au genou je vais regarder votre genou » ou « vous avez mal au genou, je suis ostéopathe je vais regarder votre genou, la hanche et le pied » alors qu'en fait il faut regarder tout le corps parce qu'une dent qui manque peut créer une douleur de genou, parce qu'un problème de convergence sur un oeil peut créer une douleur de genou, etc. Et en fait il ne faut pas dire « j'ai fait une formation de réflexes, j'ai fait une formation d'ostéo », il faut essayer de tout mélanger pour trouver chaque origine et chaque perturbateur, chaque parasite ou chaque caillou qui empêche le corps de s'organiser normalement, de façon optimale.

AB - Ok, je comprends bien. Et quel type de patientèle vient dans ton cabinet ?

ITW4 - Au cabinet j'ai 70% de « monsieur et madame tout-le-monde » et 30% de sportifs de haut-niveau. Et après j'ai aussi des patients sportifs de haut niveau à l'extérieur que je vois quand je ne suis pas au cabinet. 90% sont des joueurs de foot et je dois en avoir une soixantaine.

AB - Ok, et donc même les gens non sportifs qui viennent dans ton cabinet sont testés au niveau des réflexes en plus de tout l'aspect postural ?

ITW4 - Oui, bilan postural, « vous avez des déséquilibres : oui/non ? », oui, bilan des entrées posturales : les pieds, les yeux, la mâchoire, les dents, les cicatrices, etc., puis bilan des réflexes, j'en teste entre 15 et 20, plus ceux qui ont une influence posturale, les autres il faudrait les tester mais on a aussi des exercices qui permettent d'en intégrer beaucoup donc ça joue après sur la plupart.

AB - Donc l'ostéopathie, elle intervient après tout ce bilan ?

ITW4 - Oui, alors il y a des zones qui ne vont pas se corriger quand on rééquilibre tout le système musculo-squelettique et fascial, et on est obligé de travailler ces zones-là pour qu'elles ne créent plus de tensions, pour que la zone autour puisse se réintégrer à la rééquilibration posturale, notamment péroné, coccyx, pubis, 1ère cote, C0-C1, C7-D1 et après en ostéo, comme les patients viennent souvent pour des douleurs, pour des inflammations, on travaille aussi autour de la zone, sur la zone, pour avoir un impact de soulagement, parce que les patients viennent me voir parce qu'ils savent que je fais autre chose mais ils ont quand même envie de ne plus avoir mal. Si on peut utiliser des techniques qui apportent une amélioration plus rapide, moi je manipule tous mes patients.

AB - C'est ça l'idée, c'est qu'il y a une partie plutôt court terme avec réduction des symptômes.... ?

ITW4 - Oui, mobilité, micro-mobilité locale et après plus long terme sur traiter les causes, rééquilibrer le corps dans son ensemble pour avoir une meilleure mécanique, et s'aider de l'ostéo qui va libérer les tissus et favoriser leur réintégration et leur adaptation à l'équilibre comme ils sont adaptés aux déséquilibres. On est vraiment dans cette synergie là.

AB - Ok. Le deuxième thème c'est plus de précisions sur les réflexes. Est-ce qu'il y a des tests que tu testes plus que d'autres ? Une batterie de tests systématique ?

ITW4 - C'est quasiment toujours le même enchaînement de tests mais on s'intéresse quand même plus à certains réflexes en fonction de ce que l'on n'arrivera pas à corriger en posturo parce qu'on voit une bascule de bassin qui reste, parce qu'on voit qu'il y a un pied qui reste creux, parce qu'on voit qu'il y a une tête qui tourne moins bien d'un côté que de l'autre.

AB - Dans la même séance tout ça ?

ITW4 - Oui bien sûr, et après j'ai un protocole où je teste tous les réflexes, parfois quand on n'a pas le temps on teste plus spécifiquement ceux qui entretiennent un déséquilibre ou au niveau d'une zone douloureuse.

AB - Plus localement en fait.

ITW4 - C'est ça, quelqu'un qui a une tendinite du coude ou qui fatigue quand il commence à écrire un petit peu, on va tester le réflexe de grasping (grasping palmaire) par exemple. J'ai eu un petit garçon hier de 12 ans, on est en train de lui dire dans son école qu'il va falloir qu'il envisage d'avoir un ordinateur à l'école parce qu'il a du mal à écrire pour suivre et il a un grasping énorme. Et donc tout ça c'est des problématiques. Et il a un problème de strabisme sur un oeil, donc c'est compliqué pour lui.

AB - Et c'est un enfant qui était allé voir un kiné avant parce qu'il avait des douleurs ?

ITW4 - Non moi je l'avais vu il y a 5 ans, il n'avait pas fait grand chose de ce que je lui avais dit. Et là il faisait de l'orthophonie, pédopsychiatre, ergothérapie, beaucoup de travail sur des symptômes et des conséquences et pas assez sur les causes. Il a un problème de convergence, il a une déglutition catastrophique, il respire par la bouche tout le temps, il a un grasping palmaire, un grasping plantaire, un Galant bilatéral, que des choses qui vont l'empêcher de s'organiser correctement. On fait notamment chez des sportifs, des bilans cardiaques avant chaque saison, des gros bilans de fonction de base mais on ne fait pas la fonction posturale, qui vient des capteurs et des réflexes. Donc on ne doit pas avoir de parasites et on doit avoir intégrer ces réflexes pour être les plus performants possibles, y compris au plus jeune âge et à l'école.

AB - Ok, et cette batterie de tests, des réflexes, est-ce que tu peux me les donner ?

ITW4 - Dans l'ordre je fais RPP (Réflexe de Peur Paralysante), Moro, RTAC, labyrinthique antérieur, labyrinthique postérieur (ou RTL flexion et extension), RPT (Réflexe de Protection des Tendons), plantaire (grasping plantaire), Babinski, amphibien, Galant, Perez, reptilien, Landau,

palmaire (grasping palmaire), peu le Babkin. Le plus compliqué avec les réflexes après, comme avec la posturo, c'est notre société, c'est l'assiduité dans le traitement.

AB - Oui c'était ma question, après tu donnes des exercices à faire en autonomie ?

ITW4 - A faire tous les jours pendant 1 à 3 minutes en fonction de l'exercice et qui permettent généralement en 6 semaines, à peu près, de réintégrer le réflexe. Ça va beaucoup plus vite quand on reprogramme la posture. Et moi je le teste tous les jours, un réflexe intégré, on enlève les semelles notamment, et le réflexe revient tout de suite donc ça permet de maintenir l'absence du réflexe donc de permettre au système de retrouver un meilleur équilibre, un meilleur contrôle moteur et d'aller beaucoup plus vite dans la reprogrammation des schémas moteurs et dans la modification du tonus de base du muscle, parce qu'à un moment donné si tu arrives même à modifier la sensibilité du fuseau neuro-musculaire donc on retrouve une tonicité de repos qui doit être normale et symétrique, c'est le côté important aussi : basique et symétrique.

AB - Ok c'est super intéressant, est-ce que tu peux me donner un ou deux exemples de cas que tu as eu, que tu as traité en ostéo et avec les réflexes ?

ITW4 - Oui, j'ai un monsieur de 55 ans qui est venu me voir parce qu'il avait mal aux lombaires, donc je lui ai fait la posturo, je l'ai manipulé, je devais le revoir 6 semaines après, au bout d'un mois il allait mieux mais il avait toujours une douleur, surtout d'un côté. Quand il est revenu, il était plutôt bien, il avait travaillé sérieusement mais il lui restait une petite bascule du bassin qui n'était pas corrélable avec une jambe courte.

AB - Donc tu avais trouvé des lésions ostéopathiques dans ces zones-là mais le traitement ne suffisait pas encore à régler le problème ?

ITW4 - Non ça ne suffisait pas. Après j'ai retrouvé les mêmes lésions ostéopathiques mais j'ai trouvé un Galant asymétrique, côté droit positif et intégré côté gauche avec une légère gibbosité du côté du réflexe présent. Quand il a fait ses exercices, il n'a plus eu mal du tout.

AB - Ok, tu veux dire en fait que les lésions ostéopathiques étaient revenues quelques semaines plus tard ?

ITW4 - Oui, après je ne peux pas savoir quand elles sont revenues exactement parce que moi je l'ai revu un mois après. L'élasticité tissulaire se perturbe parfois très vite, même après avoir été remise dans les contraintes pendant deux heures, ça peut suffire. Le réflexe de Galant, dès qu'on bouge et que les vêtements frottent, ça excite le réflexe et ça favorise le déséquilibre, et au bout d'un moment la « restriction de mobilité », je préfère à « blocage ».

AB - Ok ! Dans ma première partie de mémoire, j'ai vu que le Galant avait un lien fort avec la vessie et l'appareil urinaire, est-ce que c'est un patient qui avait des soucis ?

ITW4 - Non mais j'ai le cas d'un ami dont le fils faisait pipi au lit toutes les nuits, de l'énurésie, il avait 8 ou 9 ans. À distance parce qu'il habite à Bordeaux, je lui ai envoyé des exercices à faire, il est passé de 5 ou 6 fois par semaine à une fois par semaine. Et je lui avais demandé de tester avant le Galant, il avait un Galant positif. Et le petit garçon que j'ai vu il y a 2 ou 3 jours qui a tous ses problèmes de réflexes, etc., il avait un Galant positif et il a un problème d'énurésie.

AB - J'aurai aimé que tu me donnes un exemple avec un sportif de haut niveau parce que je n'ai trouvé quasiment aucune littérature scientifique dessus.

ITW4 - Je mélange tout parce que l'objectif c'est de retrouver un équilibre, d'avoir un système musculaire avec un tonus plus neutre et d'avoir des mouvements qui sont moins parasités et plus fluides, plus répétitifs, plus endurants, moins contraignants, etc. Donc quand j'ai un patient qui arrive, un sportif, il a potentiellement des symptômes. J'ai eu le cas d'un sportif qui avait une tendinite d'Achille, j'ai reprogrammé sa posture, il a travaillé sur les réflexes, il avait notamment un plantaire hyperactif et un Babinski hyperactif, donc augmentation de la griffe des orteils et donc augmentation de la tonicité de la voûte plantaire, et de la tonicité que ça peut créer sur toute la chaîne postérieure : tendon d'Achille, mollet, etc. Après il a traité ses yeux, sa mâchoire, on essaye de n'oublier aucune zone. Après est-ce que c'est le fait d'avoir recalibré la posture qui a fait qu'il avait moins mal ou plus mal car il n'avait plus mal, d'avoir éliminé les réflexes, ou est-ce que c'est les deux ? C'est vraisemblablement les deux mais effectivement c'est compliqué, il faudrait faire des études : « toi je te fais rien », « toi je ne te fais que la posturo », « toi je ne te fais que les réflexes », « toi je te fais les trois », « toi les deux », mais ça a des résultats top. Et quand tu as

des gens qui ont un Galant, tu imagines bien qu'en étant excités tout le temps du polo ou du t-shirt qui frotte dans le dos, du maillot, des mouvements coordonnés et fins de rotation, ne serait-ce qu'à la course par exemple, ce n'est pas possible, et à chaque fois que tu as le pied qui va toucher par terre, si tu es parasité par un réflexe plantaire c'est difficile et si tu as un réflexe de Babinski qui est asymétrique, ou hyperactif, ou absent, tu n'auras pas un équilibre musculaire chaîne antérieure/chaîne postérieure sur un membre, entre un membre et l'autre et ça va influencer après toute la motricité, la dynamique et c'est là dessus aussi qu'on essaye d'être vigilant et d'avoir un impact.

AB - Donc tu dirais toi que les réflexes archaïques entrent dans ton bilan postural mais ils ne peuvent pas être dissociés ? Selon toi, travailler les réflexes et faire de l'ostéo ne suffiraient pas à traiter un patient ?

ITW4 - Non, parce que si tu travailles les réflexes et l'ostéo, tu ne corrigeras pas une asymétrie de convergence, tu ne neutraliseras pas une cicatrice pathologique, tu ne corrigeras pas une asymétrie de l'appareil manducateur, une dent qui manque, etc., et une fixité du pied non plus. Tu auras des résultats sur X ou Y choses, mais si tu veux rendre à nouveau neutre le système postural, l'équilibre statique et dynamique, tu es obligé de tout faire, l'objectif c'est d'amener le plus et le mieux et ce n'est pas faire ce que l'on sait faire le mieux, ce qu'on a eu l'habitude de faire pendant dix ans et qu'on n'a pas envie de changer. Moi j'ai essayé de me remettre en cause à chaque fois et quand j'ai commencé ostéo, j'ai des patients qui venaient pour de la kiné, je leur faisais toujours un peu d'ostéo et après j'ai commencé à voir des urgences et à partir du moment où je savais qu'il y avait des causes au blocage, je ne pouvais pas voir un patient pour un torticolis sans lui dire « écoutez il faudrait qu'on fasse un bilan plus poussé pour corriger vos yeux parce que sinon ça risque de revenir et l'objectif c'est que vous soyez sans douleur tout le temps et que vous puissiez bouger normalement et le mieux possible pour la qualité de votre vie et de vos tissus.

AB - Ok parfait. L'avant-dernier thème, c'est les hypothèses sur mon travail de fin d'études. L'idée était de connaître le lien entre l'ostéopathie et les réflexes archaïques et les deux hypothèses étaient : « des lésions ostéopathiques peuvent-elles influencer la non intégration ou la réapparition de réflexes ? » et de façon croisée, « est-ce que la présence de réflexes non intégrés peut influencer l'apparition de lésions ostéopathiques ? »...

ITW4 - Alors tu veux mon avis ?

AB - Oui bien sûr, c'est le but.

ITW4 - Alors pour le premier, je ne sais pas. Pour le deuxième c'est évident que oui. Imagine comme le cas de tout à l'heure, tu as un plantaire hyperactif avec un Babinski hyperactif, le pied va se creuser et va aller vers l'éversion, donc les os vont avoir tendance à aller vers la rotation externe et ça va favoriser un moment donné le manque de stimulation en rotation interne et forcément au bout d'un moment il va y avoir des tensions, une rigidité, et tu vois par exemple trouver un talus antérieur et en rotation externe et quand tu voudras le faire reculer, ça ne se passera pas très bien. Donc ça c'est juste de la logique et nous on le voit en posturo, si tu as des bascules et des rotations liées à une asymétrie d'œil par exemple, tu peux avoir des limitations de mobilité, au niveau des cervicales, au niveau d'une première cote, si tu as l'épaule qui monte en permanence à cause d'une asymétrie oculaire, la première cote va finir par être en restriction en inspiration. Donc c'est de la logique parce que tu vas être tout le temps dans le même schéma, dans la même orientation. Un RTAC asymétrique, au bout d'un moment tu as des cervicales qui vont moins bien tourner, parce que tu ne pourras pas tourner la tête, les épaules vont tourner en même temps et il y a des amplitudes que tu n'iras jamais chercher, et si tu ne vas pas les chercher, au bout d'un moment ça se fige, il n'y a plus la qualité tissulaire, la micro-circulation, tout ce qu'on essaye de récupérer en ostéo.

AB - C'est un peu l'idée que je me faisais de cette question. Pour la première hypothèse, juste pour t'expliquer aussi pourquoi je me suis posé la question à l'inverse : mon fils est né avec un torticolis congénital et je me suis dit que si on ne l'avait pas envoyé chez un ostéo et faire de la kiné, il aurait maintenu ses lésions et du coup il n'aurait peut-être pas intégré son RTAC du côté « bloqué ».

ITW4 - Oui c'est bien, après c'est savoir pourquoi il avait ce torticolis : est-ce que c'était la position dans le ventre ou est-ce qu'il n'a pas été assez stimulé dans le ventre ?

AB - Peut-être.

ITW4 - Sa mère n'a pas été alitée ?

AB - Non plutôt très mobile.

ITW4 - Et il n'était pas en siège à un moment donné ?

AB - Non je ne crois pas, mais pendant le travail à l'accouchement, la sage-femme a demandé à ma compagne quelques positions pour qu'il tourne.

ITW4 - Parce que ça peut être ça, s'il avait la tête un peu bloquée, effectivement les réflexes sont peut-être moins activés dans un sens, s'il est resté dans une préférence de rotation. Après j'ai réfléchi par rapport à ta question, c'est que si jamais tu as un traumatisme qui va bloquer une zone, potentiellement tu fais une chute sur les fesses, et que tu tombes sur un seul ischion, tu vas pouvoir te faire une lésion sacro-iliaque mais le choc, le traumatisme va potentiellement réactiver le réflexe de protection, les deux seront conjoints. Après est-ce que le fait de ne pas bouger, d'avoir eu ce traumatisme, peut sur le long terme, et que ça ne bouge pas bien, activer le réflexe, je ne sais pas du tout. Mais oui pour les enfants c'est possible.

AB - Ok. J'ai terminé sur ce thème. J'ai un dernier thème qui est « liberté d'expression », ça peut te donner la possibilité de t'exprimer ou donner un autre exemple. Ou tu peux t'arrêter là.

ITW4 - Ce qu'il faut, c'est apporter le plus au patient et au-delà de « je veux bouger un peu mieux » ou « je ne veux plus avoir mal », c'est d'élargir la vision et d'essayer de comprendre les mécanismes qui favorisent certaines organisations et du coup, à terme certaines restrictions que l'on travaille et c'est bien mais essayer de comprendre l'origine. Comme dit mon ami Philippe (Philippe Lechelard, ostéopathe à Paris, qui utilise également les réflexes archaïques) : « il faut boucher les avaries du bateau et pas seulement écopier ni mettre des bouées. » Il faut enlever le caillou de la chaussure.

AB - C'est une belle métaphore, c'est vrai. C'est terminé, merci.

ITW4 - De rien, merci à toi.

RÉSUMÉ

Les réflexes primitifs, ou archaïques, sont documentés depuis plus d'un siècle et des études scientifiques continuent d'être établies. Ces mouvements stéréotypés et involontaires, émergeant très tôt dans le cycle de vie (souvent in utero), sont primordiaux durant la première année de vie. Ils devraient ensuite être intégrés au profit de la motricité volontaire, déclenchée par la maturation du système nerveux central. L'objectif de ce Travail d'Etude et de Recherche était de s'interroger sur le lien existant entre l'ostéopathie et les réflexes primitifs. Après avoir réalisé une revue de littérature sur ces derniers, quatre entretiens ont été menés à bien auprès de praticiens ostéopathes. Chacun d'eux a décrit sa manière de travailler l'ostéopathie et les réflexes en cabinet, et les situations pendant lesquelles ces deux thérapies pouvaient s'associer. Les réflexes archaïques peuvent donc coller au Modèle Fondamental de l'Ostéopathie Structurale.