

A. Position du sujet

Le nouveau-né est en position physiologique, flexion cervicale (« cocoon a baby »)

La position idéale de l'enfant est en décubitus dorsal sur la table, mais là encore, l'opérateur doit s'adapter à son patient. L'âge, le type de la lésion impose la position des mains de l'opérateur ; un nourrisson ne présente pas la même surface occipitale qu'un enfant de 8 ans.

Rq : Pour un tout petit bébé, l'opérateur a intérêt à n'utiliser qu'une seule main, les doigts dirigés caudalement, juste en arrière du trou occipital, deuxième et troisième doigt d'un côté, quatrième et cinquième de l'autre.

Si l'enfant est plus âgé, nous pouvons placer les deux mains sous l'occiput, toujours dirigées caudalement, les troisième, quatrième et cinquième doigts de chaque main (ou si cela n'est pas possible, seulement les quatrième et cinquième doigts) épousant parfaitement l'écaille occipitale, le plus près possible du trou de l'occiput et de part et d'autre de celui-ci. Les index se placent sous les apophyses mastoïdes (ou leur ébauche si l'enfant a moins d'un an).

B. Préparation

Le praticien avec ses index soulève légèrement les temporaux des processus jugulaires. Les majeurs guident les parties condyliques en postéro-latéral sauf contre-indication suggérée par la tension membranaire.



POMPAGE DÉSENGAGEMENT DU FORAMEN MAGNUM

La pulpe d'un auriculaire est placée sur l'autre sous l'inion pour soutenir l'occiput et faire un pompage de l'inion vers la glabelle.

Les annulaires touchent l'écaille près de l'opisthion et effectuent une rotation dans la direction indiquée par la tension membranaire.

Une traction trop grande ou trop rapide peut créer une irritation, une inflammation sur les tissus déjà traumatisés.

Le rythme du pompage est important. Il doit s'adapter au rythme des tissus occipitaux. L'opérateur doit en permanence rester en position d'écoute pour éventuellement modifier son intervention en fonction des réponses obtenues.

Le travail est suffisant lorsque la texture, la qualité des tissus changent (impression de détente, de chaleur, de malléabilité plus grande), un profond soupir de l'enfant signale souvent cette phase.

C. Premier temps

Le travail se fait essentiellement sur le pourtour du trou occipital, mais le placement des index nous permet dans certains cas de contrôler la position des temporaux, de placer ceux-ci dans une position d'équilibre favorable au relâchement des tissus environnants (*ne pas confondre avec la technique d'expansion de la base où l'on recherche une séparation entre l'occiput et les temporaux*). Si l'opérateur éprouve une difficulté dans la coordination de tous ces paramètres, il peut négliger cet appui des index dans un premier temps afin d'acquérir une parfaite maîtrise du travail de l'occiput.

L'écoute nous renseigne sur la qualité des tissus, sur la zone de plus grande compression, sur la direction des forces lésionnelles.

D. Deuxième temps

Nous commençons ensuite un léger modelage de l'occiput qui, petit à petit, se transforme en « pompage », nos doigts réalisant une légère traction suivie d'un relâchement. Cette traction doit toujours rester dans les limites faciles.

Si la compression est davantage transversale (ce renseignement est fourni par l'écoute), nos doigts décrivent un mouvement à direction plutôt externe.

Si la compression est plus antérieure, la traction est alors plutôt postérieure. Nous recherchons une sensation d'expansion à tous les niveaux.

Nous pouvons avoir l'impression qu'un côté réagit bien, alors que l'autre reste toujours comprimé. Il faut dans ce cas, insister davantage et avoir suffisamment de patience pour attendre un relâchement spontané des tissus.

Une traction trop grande ou trop rapide peut créer une irritation, une inflammation sur les tissus déjà traumatisés.

Le rythme du pompage est important. Il doit s'adapter au rythme des tissus occipitaux. L'opérateur doit en permanence rester en position « d'écoute » pour éventuellement modifier son intervention en fonction des réponses obtenues.

Comme pour la technique du modelage, nous considérons ce travail suffisant lorsque la texture, la qualité des tissus changent (impression de détente, de chaleur, de malléabilité plus grande), un profond soupir de l'enfant signale souvent cette phase.



DÉGAGEMENT DU FORAMEN MAGNUM

Remarque :

Le trou occipital est très souvent lésé par les forces de l'accouchement. Sa forme est modifiée, son diamètre diminué. Il est primordial d'intervenir le plus tôt possible, afin de libérer les compressions s'exerçant au niveau de la moelle épinière et des structures vasculo-nerveuses, ceci permettant les corrections de certaines pathologies du petit enfant

Une correction systématique des tissus environnant le trou occipital s'impose chez tous les enfants.

Nous visons à redonner au trou occipital une forme à peu près symétrique, un diamètre convenable en libérant toutes les tensions s'exerçant sur son pourtour.