

## Préambule

Lors de l'accouchement, durant sa migration à travers le passage utérin, le crâne du bébé est soumis à des contraintes d'espace qui auront pour effet de lui imprimer un moulage. Le minutage intervient également comme une donnée essentielle puisque la forme du crâne et l'intégrité des structures (nerf crâniens, artères, etc.), qui y sont contenues est fonction du temps de transit à chaque étape de la spirale de naissance.

Ainsi, une attente prolongée au niveau du col n'aura pas le même impact sur le crâne qu'un arrêt de poussée au voisinage du coccyx de la mère. Par conséquent, en ostéopathie, on peut mettre en rapport certains types de lésions observées chez le nourrisson, en fonction du moment où le travail de l'accouchement s'est arrêté ou a été perturbé.

Pour cette raison, il sera important pour l'ostéopathe d'obtenir de la mère des renseignements relativement au moment où le travail s'est compliqué ou, par exemple, si l'usage de forceps a été nécessaire.

En fait, il s'agit de faire le bilan le plus précis possible des forces qui ont été appliquées sur le crâne encore déformable du nourrisson.

Parmi les symptômes que l'on observe chez le nourrisson ayant subi une compression de naissance, on retrouve les régurgitations, certaines manifestations respiratoires (asthme, rhinite à répétition), le strabisme, les otites récidivantes, sans compter les conséquences plus sévères observées chez le nourrisson atteint d'un torticolis congénital ou souffrant d'atonie musculaire.

Un autre symptôme que l'on observe chez le nourrisson ayant subi une compression de naissance, se retrouve dans la plagiocéphalie, symptôme fréquent apparaissant souvent 15 jours après la naissance.

Sa fréquence est certainement due en partie à la position de sommeil recommandée par les maternités, position ayant diminué considérablement le risque de mort subite du nourrisson.

La torsion de la dure-mère étant en grande partie responsable de cette pathologie, il sera important de procéder à une normalisation de cette dernière que l'on soit en présence d'une simple préférence rotatoire de la tête, d'un torticolis ou d'une véritable plagiocéphalie.



## **1. Préambule**

Parmi les symptômes que l'on observe chez le nourrisson ayant subi une compression de naissance, on retrouve les régurgitations, certaines manifestations respiratoires (asthme, rhinite à répétition), le strabisme, les otites récidivantes, sans compter les conséquences plus sévères observées chez le nourrisson atteint d'un torticolis congénital ou souffrant d'atonie musculaire.

Cette technique personnelle est simple à réaliser quoique parfois impressionnante. Prévenez la maman que même si le bébé se met à pleurer pendant la normalisation, ce n'est pas par douleur mais simplement par inconfort, cependant à la fin de la séance vous serez fier de votre travail et le résultat sera spectaculaire. La maman verra une nette différence entre le "avant" et le "après" même sur un torticolis ancien de quelques mois.

Il sera important de renouveler la technique 3 fois à raison d'une séance par jour pendant 3 jours. Parfois deux séances peuvent suffirent.

Vous serez efficace jusqu'à ce que l'enfant n'ait pas commencé à marcher (10 mois maximum environ), mais la technique sera plus difficile à réaliser sur un sujet de 6 ou 7 mois par exemple que sur un nouveau-né.

## **2. Premier temps : observation et principe**

Premier temps observation : dans le cas d'un torticolis droit la tête est inclinée à droite, en rotation droite et regarde à gauche. Pour un torticolis gauche, c'est le contraire.

N'hésitez pas à vous faire aider par la maman par exemple si le bébé est déjà grand ou tonique (entre 6 et 8 mois), il sera important que les épaules de l'enfant restent verrouillées sur la table d'ostéopathie.

Le principe de la technique : détordre le manchon de la dure-mère en se positionnant du côté opposé au spasme du SCOM, en prenant soin de verrouiller la tête et les épaules du sujet sur la table d'ostéopathie et en assurant par la main caudale une traction et décoaptation ainsi qu'une détorsion.

## **3. Deuxième temps : les prises de main**

### **a. Prise de main céphalique à deux opérateurs**

L'aide opérateur verrouille la tête du bébé et les deux épaules entre ses deux bras.

Le praticien place la main céphalique paume en bas, le pouce et l'index sur les épaules de bébé, la tête reposant sur le dos de la main de l'ostéopathe. Cette main est fixe.

### **b. Prise de main céphalique à un seul opérateur**

Le praticien place la main céphalique paume en bas, le pouce et l'index sur les épaules de bébé, la tête reposant sur le dos de la main de l'ostéopathe. Cette main est fixe et verrouille solidement la tête et les épaules de l'enfant.



**PRISE DE MAIN A DEUX OPERATEURS**



**PRISE DE MAIN À UN SEUL OPERATEUR**

#### **4. Troisième temps : la prise de main caudale et la détorsion**

La détorsion doit être lente, progressive et continue. La main caudale ne doit jamais cesser de s'éloigner de la main céphalique, vous devez ressentir en permanence cette tension continue liée à votre traction caudale et à votre détorsion.

Les épaules et la tête de votre sujet doivent rester verrouillées sur la table d'ostéopathie qu'il y ai un ou deux opérateurs. Vous devez attendre patiemment la levée des tensions au fur et à mesure qu'elles se présentent. La rotation doit être maximale pour atteindre un déplacement de  $+90^\circ$  par rapport aux épaules, la durée totale de la posture doit être environ de trois minutes.

Il est normal que l'opérateur ressente des décoaptations qui ne sont pas des décoaptations articulaires mais simplement un repositionnement de la dure-mère.

Le mouvement de la main caudale qui va amener le sacrum dans une rotation sur son axe vertical pouvant dépasser les  $90^\circ$

