

I. QU'EST CE QUE LE SYNDROME DE KISS ?

1. Définition et explications

KISS est l'acronyme pour Kopfgelenk Induzierte Symmetrie Störungen (**Troubles de symétrie induits par les articulations de la jonction crânio-cervicale**).

Ce syndrome autrefois connu sous le nom de «blocage de l'Atlas» a été **décrit pour la première fois en 1953** par le Dr. Gottfried Gutmann.

Il **toucherait 5 à 8% de la population** selon la littérature allemande et pourtant, **en France** ce syndrome est **très peu connu**.

Le syndrome de KISS est d'ailleurs **souvent confondu avec le torticolis du nourrisson**.

Ce n'est **pas une maladie** à proprement dit mais plutôt une **perturbation fonctionnelle**.

Ce syndrome est un **blocage de la jonction crânienne** notamment de la **première et seconde vertèbre cervicale** (aussi **appelés l'Atlas et l'Axis**) qui sont les **articulations de la jonction crânio-cervicale** et qui se différencient par leur morphologie des autres vertèbres cervicales.

Cela **entraîne des tensions en permanence** dans le corps qui peuvent se traduire par des **perturbations de la symétrie** (aplatissement d'un côté de la tête pouvant faire penser à une plagiocéphalie, œil plus petit ou plus enfoncé que l'autre, mâchoire plus proéminente que l'autre, corps en inclinaison, en forme de C, en forme de virgule, tête penchée, hyperextension de la tête...) et des **difficultés d'ordre nerveux et/ou digestif**.

La **zone** des vertèbres supérieures du cou est **extrêmement complexe et sensible**.

Elle **intervient** notamment **dans le maintien de la tête, l'équilibre, la définition de l'orientation dans l'espace** et le **mouvement en général**. Dans cette zone est acheminée une énorme quantité d'informations vers divers secteurs du cerveau et ceux-ci **commandent** à leur tour les **muscles, l'équilibre, la déglutition, la vue, le développement psychomoteur**, etc....

On distingue **deux types de KISS** de base qui sont classifiés de **KISS I (inclinaison fixe vers le côté)** et **KISS II (position fixe par hyperextension)** mais ils existent rarement à l'état pur. Ils sont souvent plus ou moins combinés mais c'est l'anomalie principale (fixation vers le côté ou vers l'arrière) qui donne la base du diagnostic clinique principal.

2. Causes possibles

On note **plusieurs causes possibles** à l'origine du syndrome de KISS :

- grossesse stressante
- grossesse multiple (jumeaux, triplés...)
- mauvaise position dans l'utérus (positions étroites ou forcées)
- naissance prématurée ou dépassement du terme
- accouchement prolongé ou très rapide
- accouchement instrumental (utilisation de forceps ou ventouse)
- accouchement difficile (cordon autour du cou, présentation en siège, expression abdominale...)
- césarienne
- petit poids de naissance ou bébé de plus de 4 kg.

Dans ces **cas de figure**, la **position des articulations** (encore fragiles) de la **jonction crânio-cervicale** peut être **déviée** et peut conduire à des déviations de la posture normale.

Il **existerait** aussi une **prédisposition familiale**. En effet, on a pu observer de plus en plus souvent que le risque d'une problématique KISS chez des frères et sœurs du même sexe s'élèverait à plus de 50% pour chaque grossesse supplémentaire.

D'autre part, si au **cours de la croissance**, le **nourrisson ou l'enfant** subit une **chute**, un **coup** ou une **poussée sur la tête**, cela se répercute sur la structuration de la colonne vertébrale. Cela **pourra** par conséquent **causer un KISS**.

3. Symptômes

On **remarque** chez les **enfants KISS** certains des **symptômes suivants** :

- **Asymétrie*** (posture de compensation) et **inclinaison** (hyperextension du rachis, tête en hyperextension fixée et maintenue pendant le sommeil, fixation en inclinaison latérale du rachis, position en « C », élévation d'une épaule)
- troubles de la symétrie (asymétrie du visage, du crâne, du bassin)
- **utilisation asymétrique** des **membres** supérieurs et inférieurs (bras et jambes)
- positions erronées du petit pied allant jusqu'au « pied en forme de croissant »
- aplatissement de l'arrière de la tête
- position allongée sur le dos difficile
- faiblesse de la bouche (salivation)
- extrémités des membres froides.

Les **témoignages** des parents ont **permis de relever** d'autres **similitudes** chez les enfants KISS :

- difficultés lors de l'allaitement (crevasses, sein préféré, succion difficile, avale beaucoup d'air lors de la tétée, douleurs chez la maman)
- troubles digestifs (rots et gaz importants, coliques), intolérances alimentaires
- suspicion de reflux gastro-œsophagien (RGO) et/ou vomissements
- diversification alimentaire compliquée voire tardive (difficultés de déglutition, fort réflexe nauséux, montre peu d'intérêt aux solides ou bien seulement à certains)
- bouche constamment ouverte, salivation excessive
- poussée dentaire tardive, grincement de dents
- faible prise de poids
- poussées de fièvre inexplicables
- BABI (bébé aux besoins intenses), enfant qui pleure beaucoup (notamment lors de l'habillage, en voiture, mais aussi la nuit), qui ne peut être posé ou au contraire enfant très « tranquille » (dans 10% des cas d'enfant KISS)
- enfant qui s'arrache les cheveux, a une haute sensibilité au toucher au niveau de la nuque

**Nous connaissons aujourd'hui des cas qui ne présentent aucune asymétrie latérale et qui sont néanmoins des cas KISS. En revanche, des enfants qui ne présentent pas (encore) de symptômes d'asymétrie, se distinguent par d'autres malaises, souvent difficilement reconnaissable en tant que problèmes de la colonne vertébrale.*

D'autre part, chez les nouveau-nés présentant une position inclinée intra-utérine (« syndrome de position transverse ») on remarque souvent l'asymétrie directement après la naissance. Chez les enfants où la genèse d'un traumatisme natal se situe au premier plan, on ne voit apparaître les symptômes typiques qu'après trois à six semaines. D'ailleurs, ils ne sont, en règle générale, observés qu'aux examens de 4 à 6 semaines et du 3^{ème} ou 4^{ème} mois.

- sommeil très perturbé (endormissement difficile, réveils multiples, sommeil agité, cris pendant le sommeil, dort peu ou à l'inverse bébé avec un grand besoin de dormir)
- grandes étapes de la motricité retardées (dos/ventre et inversement, marche)
- enfant qui « tricote » avec ses jambes, un pied en extension exagérée
- enfant qui marche de travers et tombe souvent
- bébé cambré dans les bras ou dans un moyen de portage
- portage en écharpe difficile voire impossible.

4. Comment une mauvaise jonction cervicale peut-elle provoquer ces symptômes ?

En fonction de l'importance et du type de déplacement de l'Atlas par rapport à sa position optimale une pression et donc une irritation du nerf vague, d'autres nerfs crâniens mais aussi des tensions de ligaments peut se produire.

Le nerf vague passe immédiatement devant l'Atlas. C'est pourquoi, si l'Atlas n'est pas positionné de façon correcte, le nerf vague serait le premier à en pâtir, provoquant les classiques **symptômes de compression vagale**.

Le **nerf vague** est **responsable** de l'**innervation** (et donc du fonctionnement) d'une **grande partie** du **système digestif**. Il part du crâne, descend le long de l'œsophage jusque dans l'abdomen.

Le **nerf vague** a **plusieurs fonctions bien différentes** les unes des autres, il :

- contrôle les cordes vocales, permet d'avaler, maintient le larynx ouvert pour respirer
- régule les phases de la digestion, stimule la production de l'acide gastrique, régule l'appétit
- démarre et contrôle les mouvements intestinaux dans la phase digestive (péristaltisme)
- régule la sudation
- participe à la régulation de l'humeur et du rythme cardiaque
- provoque les réactions d'inflammation
- influence les glandes surrénales (hormone du stress), la thyroïde, le pancréas (produit l'insuline qui régule le sucre sanguin et le stockage des graisses).

Toute une **série de symptômes peuvent se produire quand** le bon **fonctionnement** du **nerf vague** est **altéré** :

- insomnie
- nausées, aigreurs d'estomac
- rougeurs sur le visage
- rigidité du cou, douleur cervicale, maux de tête
- vertiges, maladie de Ménière (crises de vertiges accompagnées de bourdonnements d'oreille et d'une baisse d'audition)
- difficultés à déglutir, sensation d'avoir une « boule dans la gorge »
- sudation excessive, mains ou pieds généralement froids
- rythme cardiaque irrégulier ou accéléré
- constipation chronique, diarrhée inexplicquée
- problèmes à la thyroïde
- insensibilité ou fourmillement unilatéral du cuir chevelu.

II. EVOLUTION DU KISS

1. Les 4 stades d'évolution

Bien souvent on rassure les parents par la formule «cela disparaît au cours de la croissance». Et cette **mauvaise position** au niveau du cou **semble** bien **disparaître** au bout de quelque temps (que ce soit spontanément ou après rééducation).

Car, entre-temps, les **petits patients** ont **appris** comment **compenser** leur mauvaise position et bien souvent aussi leur douleur. Certains ont commencé particulièrement tôt à se hisser sur leurs jambes ou à marcher, souvent à la grande joie de leurs parents.

Cependant ils n'ont fait **en vérité** que **rechercher** instinctivement une **position sans douleur**.

L'image clinique du **syndrome KISS non-traité** passe en général **par quatre stades** :

- **stade préalable** non spécifique avec des symptômes d'une **irritation végétative** et de **dysphorie** (« mauvaise humeur ») : enfants qui pleurent beaucoup, coliques du nourrisson et similaires (de la naissance jusqu'à environ 3 mois)
- **symptôme d'asymétrie** dominant depuis le contrôle de la tête jusqu'à la verticalisation, quand l'enfant se met debout (de 3-12 mois)
- **intervalle pauvre ou dépourvu de symptômes** (entre la verticalisation et le 4^{ème} ou 5^{ème} anniversaire)
- **signes de dysgnosie** (dérèglement de la perception) et de **dyspraxie** (perturbations motrices sensorielles) dans le sens du **syndrome KIDD**.

2. Le syndrome KIDD

De manière surprenante, avec la **croissance** de l'enfant, **plusieurs caractéristiques peuvent disparaître**.

Les **symptômes** du syndrome de **KISS** étant **essentiellement liés** à leur « **condition de bébé** », il n'est pas rare qu'**en grandissant**, ce bébé ait **l'air d'aller mieux**. En effet, sauf KISS très développé, il finit par apprendre à marcher, à parler, à manger, il n'a plus de reflux, n'a plus la tête penchée....

On **peut** alors **penser** que c'est « **rentré dans l'ordre** », le temps aidant ou bien grâce aux différentes consultations.

En réalité, il n'en est rien. Si l'enfant n'est pas diagnostiqué et pris en charge, il va continuer à se développer autour de ce dysfonctionnement de l'articulation crânio-cervicale.

Pour nos voisins allemands, le **syndrome de KISS** devient alors le **syndrome de KIDD** avec des **caractéristiques qui ont évolué**.

KIDD est un acronyme pour « Kopf Gelenk-induzierte Dysgnosie und Dyspraxie » qu'on pourrait traduire par « **Dysgnosie** (troubles de la perception) et **Dyspraxie** (maladresse) induites par les articulations de la jonction crânio-cervicale ».

Les **enfants pourront** alors **présenter** des **difficultés telles que** :

- troubles de la posture à l'âge scolaire
- retard et/ou poussées dentaires difficiles
- retard du maintien de la position assise
- retard et/ou difficulté de l'apprentissage du 4 pattes, de la marche, du langage
- trouble de la motricité fine (dessin, écriture, fermeture de boutons...)
- douleurs cervicales et/ou dorsales, développement de scoliose
- céphalées et/ou migraines, acouphènes

- défaut de perception des sens du mouvement et du maintien de l'équilibre (tombe souvent, n'arrive pas à faire du vélo ou monter à l'échelle, difficultés à sauter à cloche pied, à tenir sur un pied, marche souvent sur la pointe des pieds, n'arrive pas à faire des lacets...)
- troubles de l'orientation dans l'espace (vertiges)
- troubles du comportement (enfant aux besoins intenses, se décourage vite, incapacité à gérer ses émotions)
- difficultés de concentration (agitation, nervosité, hyperactivité)
- difficultés relationnelles (allant parfois jusqu'à l'asociabilité)
- troubles du sommeil, fatigue, attitude las
- mal être chronique et non expliqué.

3. Le cas des adultes

À l'âge adulte cela ne va pas aller en s'arrangeant et cela pourra provoquer un certain nombre de **préjudices** :

- problèmes au niveau des vertèbres cervicales (douleurs au cou), maux de tête et/ou migraines
- mal de dos chronique (sciatique, hernie discale, lumbago...), maladies rhumatismales (fibromyalgie)
- problèmes d'épaule, de bras, de hanche, de genou, de cheville
- problèmes articulaires de la bouche et la mâchoire (grincements de dents)
- troubles digestifs
- troubles de l'équilibre, vertiges, troubles de la motricité, acouphènes
- difficultés de concentration et d'apprentissage avec facultés affaiblies
- léthargie et les troubles du sommeil
- tics (syndrome de Gilles de la Tourette).

III. TRAITEMENT DU KISS

1. Qui peut le traiter ?

L'expérience de beaucoup de parents **montre** que la **manipulation** est **particulière**.

En France, une visite chez l'ostéopathe "classique" ne permettra pas le déblocage et risque de maintenir le parent dans l'erreur de diagnostic. Et les problèmes persisteront alors jusqu'à des années.

En effet, le **syndrome de KISS ne fait pas partie** du **programme d'apprentissage dans les écoles d'ostéopathie française**. Par conséquent, la **plupart** des **ostéopathes** n'ont malheureusement **pas** à ce jour la **connaissance réelle** de ce **syndrome** et de sa **prise en charge**.

Lorsqu'ils sont en présence de cette symptomatologie, ils **traitent** les **tensions** qu'ils peuvent retrouver sur l'enfant, mais ces dernières **sont la conséquence et non la cause** du **trouble**.

Il y a donc **souvent** des **améliorations transitoires** des symptômes de l'enfant **mais** une **rechute rapide** survient quelques semaines après la prise en charge du fait de la persistance de la lésion de la jonction crano-cervicale.

Le **traitement** d'un syndrome de KISS **nécessite** une **connaissance spécifique** du syndrome, un **diagnostic précis** et une **technicité particulière**.

2. Comment le traiter ?

Pour traiter le KISS on recense **2 méthodes principales** :

- la **thérapie de l'Atlas selon Arlen** qui ne se préoccupe que de l'Atlas et n'est appliquée que dans une direction. Et **nécessite donc souvent plusieurs applications**.
- la **méthode selon le Dr. Gutmann**, modifiée par le Dr. Biedermann qui s'applique à l'ensemble des articulations crânio-cervicales situées entre la base du crâne et la vertèbre C3. L'impulsion est tridirectionnelle, c'est à dire qu'on prend en compte les directions/axes droite/gauche, avant/arrière ainsi que la direction des éventuels troubles rotatoires des vertèbres en question. De cette manière, on peut atteindre toutes ces anomalies et les influencer positivement.

La **méthode Gutmann/Biedermann** est à ce jour **celle qui semble le plus faire ses preuves et avoir les résultats les plus pérennes**.

Après une séance on remarque, tout de suite une **amélioration** de la **mobilité** du **cou** et de la **tête**. De plus, on provoque le déclenchement de plusieurs réflexes qui, à partir de ce centre sensoriel, influencent la motricité et les centres de commande principaux en général (par exemple le rythme des phases de sommeil et d'éveil).

Une réaction souvent ressentie est une **amélioration immédiate de l'équilibre** et une **relaxation** relativement rapide des **muscles de maintien**. On pense que, par le biais de cette impulsion, on active les divers systèmes sensoriels, présents en très grand nombre au niveau de la nuque et de grande importance pour le maintien. De cette manière, les schémas locomoteurs se normalisent.

Le **traitement est pratiquement indolore**. Mais les bébés ne sont naturellement pas ravis d'être auscultés et, en règle générale, ils protestent.

Afin de laisser le temps au corps de réagir à l'issue de la thérapie, il est **conseillé d'éviter pendant 2 à 3 semaines tout autre traitement ou examen médical « stimulants »** (vaccins, ostéopathie, kinésithérapie...).

La durée de ce temps de réaction est variable et dépend selon les cas également des symptômes ainsi que de l'âge du patient.

De **courtes rechutes ou aggravations** (par exemple dans le cadre d'une infection ou d'une phase de croissance) **ne nécessitent pas d'être contrôlées** systématiquement par thérapie manuelle. Il arrive que les enfants retombent pour un court laps de temps dans de vieux schémas.

Le corps de l'enfant, une fois la mobilité délivrée, maîtrise assez bien de petites mises à l'épreuve. Toutefois, à la suite d'une chute grave ou d'une anesthésie générale, un contrôle peut s'avérer nécessaire si des symptômes inhabituels persistent plus de 1 à 2 semaines.

À la suite du « débloqué », 3 réactions ont pu être observées **dans les 48 heures qui suivent la séance** :

- l'enfant est plus **calme**, dort plus et semble moins tendu
- l'enfant ne présente **pas de différence** de comportement
- l'enfant a une **réaction** neuro-végétative **secondaire au traitement**, se manifestant par une **aggravation des symptômes**, ou l'**apparition de reflux et/ou de vomissements**, des **pleurs**, un **accès de transpiration**, une **agitation** ou au contraire une **grande fatigue**.

Ces **réactions** sont **parfaitement normales** et **sans gravité**. Elles sont liées à une réaction de défense de l'organisme.

Une fois l'information assimilée par les tissus, les **symptômes disparaissent spontanément** et l'état de l'enfant s'améliore de jour en jour.

3. À quel âge peut-on le traiter ?

Il n'y a **pas d'âge pour traiter le KISS**. Cependant, on **conseille** de le **traiter le plus tôt possible afin d'éviter l'accumulation des adaptations secondaires**.

Les **méthodes utilisées** en thérapie manuelle pour le **traitement** des (très jeunes) **enfants** ne sont pas comparables à ce qu'on connaît habituellement sous l'expression de « faire craquer ». Il s'agit là d'une **technique d'impulsions douces** qui n'implique pas de mouvements importants de la vertèbre traitée.

C'est la raison pour laquelle ce mode de traitement, conduit de manière correcte est **sans danger** et **peut être appliqué sans problème aux nourrissons**.

Étant donné qu'il a des effets importants sur la perception et des commandes fonctionnelles, il est **déconseillé** de pratiquer ce traitement trop souvent.

En Allemagne, les **patients adultes** sont quant à eux installés et **traités de façon totalement différente** des enfants.

Dans un premier temps, notamment **afin de procéder** à un **diagnostic différentiel**, il est **conseillé d'effectuer des radiographies** (du rachis cervical transbuccal et de profil).

En effet, les différents **troubles** de la **posture** que nous pouvons trouver chez les nourrissons **peuvent** aussi **correspondre à d'autres diagnostics**.

La **thérapie** des **enfants plus âgés** et des **adultes** est **de plus longue haleine** car les vertèbres se sont souvent fixées dans leur mauvaise position et ne se laissent pas traiter si simplement. Mais ici aussi, il faut être prudent avec la fréquence des traitements. Car, également pour ce groupe de patients, la réaction de l'ensemble de l'organisme à l'**amélioration** de la mobilité du cou **prend du temps** et il faut attendre.

Les intervalles entre les traitements peuvent selon les cas, varier de quelques semaines à plusieurs mois.

CONCLUSION

Épuisés, démunis, perdus, coupables, incompris, déprimés, au bord de la crise de nerfs, en burn-out... voici une description de ce que peuvent traverser les parents concernés et qui peut mettre sur la piste d'un syndrome de KISS chez leur enfant, d'autant plus que les consultations chez des professionnels de santé auront été multipliées.

Combien de bébés crient pendant des heures, voire des jours, sans que l'on puisse les aider ?

Combien de parents désespèrent face à un petit dans cet état sans savoir comment l'aider ?

Combien d'enfants souffrent de ces fameuses « coliques du nourrisson des 3 premiers mois » sans que de réels moyens de leur venir en aide soient donnés aux parents ?

Tous ces enfants devraient être examinés au moins une fois à la recherche d'un problème provenant de la colonne vertébrale.

Le **syndrome de KISS** est **peu connu, mal diagnostiqué**, et **peut avoir de sérieuses conséquences tout au long de la vie**.

SOURCES

- <https://www.atlantotec.com/fr/troubles/nerf-vague>
- <https://asso-kiss.fr/>
- <https://syndromedekiss.com>
- www.grandiraurement.com/fr/client/document/le_syndrome_de_kiss_300.pdf
- http://www.kiss-kid.de/site_fr/fr_kiss.html
- <http://www.manmed.de/seiten/themen/manual/kinder/kiss-syndrom/kiss-kinder-fr.html>
- <http://www.manuele-therapie.eu/frans/traitement-douleurs.html>
- Groupes Facebook : - KISS - infos et entraide
- Syndrome De Kiss : Témoignages et soutien autour De Nos Kiss Kinder.
- Article du Dr Biedermann : http://www.kiss-kid.de/site_fr/fr_kiss_biedermann.html
- Livre du Dr Biedermann : - Heiner Biedermann, Manuelle Therapie bei Kindern (version en allemand)
- Heiner Biedermann, Manual Therapy In Children (version en anglais)

PRATICIENS FORMÉS AU TRAITEMENT DU SYNDROME DE KISS (MÉTHODE BIEDERMANN)

ALLEMAGNE

- **Dr Wolfgang PAULUS** : Médecin chiropracteur - Parle anglais

Oberdorfstrasse 64a 77880 SASBACH

00 49 7841 6818730 – paulus.wpa@gmail.com

- **Dr Bettina KÜSGEN** : Médecin chiropracteur, collègue du Dr BIEDERMANN - Parle anglais

Hungsgasse 34 50676 COLOGNE

00 49 221 / 716 555 – 0 – info@pph34.de

- **Autres praticiens** : http://www.kiss-kid.de/seiten/listen/liste_aerzte_de.html

BELGIQUE

- **Eddy LIPPENS** : Ostéopathe – Parle français

Molenkouterstraat 54 A9870 Machelen a/d Leie (Zulte) OOST-VLAANDEREN / Rue des Chasseurs

Ardennais 13 A 6852 PALISEUL

00 32 0475 78 44 57 - eddy.lippens@kiss-kinderen.be - www.kiss-kinderen.be

FRANCE

- **Dr Serge LARCHER et Soizic CARRON DE LA CARRIERE** : Médecin ostéopathe et ostéopathe D.O.

Maison Médicale des Vergers Centre Commercial des Vergers 95350 SAINT-BRICE SOUS FORET / Espace Ascientia 6, Boulevard François et Emile Zola 13100 AIX EN PROVENCE

06 95 30 52 99 - syndromedekiss@gmail.com - <https://syndromedekiss.com/fr/accueil/>

- **Nicola TAIANA** : Ostéopathe

8 Place de la gare 67000 STRASBOURG

06 01 78 23 42 - contact@osteopathe-taiana.com - www.osteopathe-taiana.com

- **Valérie ANDRE** : Chiropracteur

1 Avenue Foch - 68000 COLMAR

03 89 41 88 38 - www.chiropraticien-colmar.fr

- **Autres praticiens** : <https://asso-kiss.fr/les-praticiens/>

SUISSE

- **Dr Bruno MAGGI** : Médecin chiropracteur – Parle français

Dennlerstrasse 25 8047 ZURICH

0041-43-311 10 30 – magoer@bluewin.ch - www.arztpraxis-d25.ch/de/startseite/

QUESTIONNAIRE D'IDENTIFICATION D'UN KISS POTENTIEL

Ce questionnaire a pour but d'identifier des similitudes avec le syndrome de KISS il n'a aucune visée diagnostic. Il peut servir lorsque vous contactez un professionnel de santé.

Si vous retrouvez votre enfant dans plusieurs des critères et plusieurs catégories il peut être intéressant d'explorer la piste du syndrome de KISS en vous adressant à un professionnel formé au traitement du syndrome de KISS.

DEROULEMENT DE LA GROSSESSE	OUI	NON	REMARQUES / PRECISIONS
Grossesse stressante			
Grossesse pathologique			<i>Si oui, de quelle type :</i>
Grossesse multiple (jumeaux, triplés...)			
Mauvaise position dans l'utérus (positions étroites ou forcées)			<i>Si oui, de quelle type :</i>

DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT	OUI	NON	REMARQUES / PRECISIONS
Naissance prématurée ou dépassement du terme			
Accouchement prolongé ou très rapide			
Accouchement instrumental (utilisation de forceps ou ventouse)			
Accouchement difficile (cordon autour du cou, présentation en siège, expression abdominale...)			
Césarienne			
Péridurale			
Petit poids de naissance ou bébé de plus de 4 kg			

TROUBLES PHYSIQUES DE BEBE	OUI	NON	REMARQUES / PRECISIONS
Trouble de la posture (hyperextension, position en « C »...)			<i>Si oui, de quel type :</i>
Torticolis			
Problèmes de hanches			<i>Si oui, de quel type :</i>
Plagiocéphalie			
Absence de cheveux à l'arrière de la tête ou sur un côté			
Asymétrie du visage (œil plus petit ou plus enfoncé que l'autre...)			

ATTITUDE / COMPORTEMENT DE BEBE	OUI	NON	REMARQUES / PRECISIONS
Bébé tendu			
Bébé aux besoins intenses			
Troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, réveils fréquents, dort très peu ou au contraire beaucoup...)			<i>Si oui, de quel(s) type(s) :</i>
Position particulière pendant le sommeil			
Difficultés lors de l'allaitement			<i>Si oui, de quelle(s) type(s) :</i>
Difficultés à s'alimenter (diversification tardive, préfère la purée aux morceaux ou le « mou »...)			<i>Si oui, de quelle(s) type(s) :</i>
Retards de développement (posture, motricité, langage, sociabilité, concentration)			<i>Si oui, de quel(s) type(s) :</i>
Difficultés lors du portage (refuse les moyens de portage, lutte, regarde uniquement d'un côté, position physiologique impossible...)			<i>Si oui, de quelle(s) type(s) :</i>



Association Bébé Continuum

18 Rue de Champagne
67120 MOLSHEIM
06 25 53 31 66
bebe.continuum@gmail.com
www.bebe-continuum.fr