

L'ostéopathie dans le traitement des TÊTES PLATES ou PLAGIOCÉPHALIES

Réalité ostéopathique clinique : De plus en plus de parents vous consultent en ostéopathie avec la demande d'aider leur nourrisson à retrouver une « belle tête ronde ».

Le présent document est un outil pour vous permettre :

- De reconnaître la présence d'une asymétrie crânienne de type plagiocéphalie
- D'informer les parents



premier bébé, dort toujours avec la tête tournée du côté droit. Et ce, malgré ses tentatives infructueuses d'alterner ses positions. À plat ventre tout comme assis, William incline la tête et le tronc vers son côté gauche (cela est encore plus visible lorsqu'il est fatigué et/ou dans son siège d'auto).

Pendant la journée, il pleure et semble inconfortable dès

qu'elle tente de le positionner sur le ventre. De plus, en donnant le bain de son petit trésor, Mme Scissure a observé qu'il a l'arrière de la tête aplatie et le front un peu plus bombé du côté droit. Finalement, en regardant attentivement William, on peut voir que son oreille est plus avancée de ce même côté!



Sylvie Lessard
D.O.



Nathalie Thiffault
D.O.



Nathalie Trottier
D.O.

des impacts possibles de cette condition

- D'expliquer l'apport de l'ostéopathie dans le traitement des plagiocéphalies
- D'établir un plan de traitement efficace, incluant, au besoin, une approche interdisciplinaire et des conseils de positionnement de base, dont l'importance du décubitus ventral, chez cette clientèle.

Reconnaître la présence d'une asymétrie crânienne :

Voici le type d'histoire de cas que vous rencontrerez fréquemment en clinique.

Au secours, mon bébé a la tête plate !

Mme Scissure a remarqué que William, son

Inquiète, Mme Scissure effectue des recherches sur Internet et trouve un article récent décrivant la contribution de l'ostéopathie dans le traitement de la plagiocéphalie (1).

Lors du rendez-vous de 2 mois, Dr Lambdoïde la rassure en lui confirmant que son bébé présente une plagiocéphalie. Il lui explique que cette problématique affecte ~20 % des nourrissons âgés de moins de 5 mois (2).

Il ajoute que le poids élevé de William à la naissance, l'alitement de Mme Scissure en fin de grossesse et les complications lors de l'accouchement sont autant de facteurs qui prédisposent l'enfant à développer une plagiocéphalie. Enfin, il lui explique qu'une intervention précoce favorise la correction des asymétries crâniennes et des conditions qui y sont associées. Il la réfère en ostéopathie à la clinique

externe du Collège d'Études Ostéopathiques de Montréal.

Mais qu'est-ce qu'une plagiocéphalie?

La plagiocéphalie est une asymétrie crânienne qui provient d'un ou de la superposition de nombreux facteurs (voir tableau I). Ceux-ci contribuent à créer, entre autres, un mauvais alignement de certaines structures de la base et de la voûte crânienne, sans qu'il y ait de fusion(s) prématurée(s) de suture(s) crânienne(s) (synostose) ou de malformation osseuse initialement.

Comme l'enfant peut subir des forces de compressions avant, pendant et/ou après la naissance, il n'est pas rare de constater la présence d'un torticolis, qui selon la littérature, est associé à la plagiocéphalie, dans des proportions de 76 % (3).

Qu'est-ce qu'un torticolis ?

Le torticolis congénital musculaire (TCM) est une atteinte unilatérale du SCOM, avec ou sans pseudotumeur, causant une restriction de mobilité cervicale, des tensions musculaires asymétriques et des compensations posturales... ; affectant ainsi le nourrisson dans sa globalité.

Bien que plusieurs nourrissons démontrent une préférence de positionnement de la tête, il est ANORMAL qu'un enfant exprime un inconfort en bougeant sa tête. Il doit pouvoir tourner et incliner sa tête également des 2 côtés.

Caractéristiques de la plagiocéphalie
Un dépistage précoce permettant d'identifier la plagiocéphalie à ses tout premiers débuts constitue un aspect préventif et curatif déterminant dans le traitement de cette problématique.

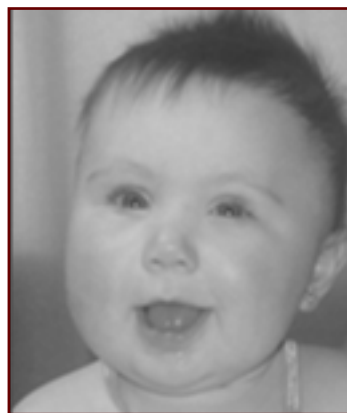
L'observation minutieuse du dessus du crâne du nourrisson reste la meilleure façon de déceler un commencement d'aplatissement et d'asymétrie crânienne

Forme du crâne (vue du dessus) :

- la tête est en forme parallélogramme.

Du même côté où se situe le méplat occipital, on peut retrouver :

- une oreille antérieure (asymétries : musculaires SCOM, masséter..., déviation et asymétries de tensions des membranes; tente du cervelet, etc...) (4);
- une proéminence du frontal ipsilatéral;
- un œil plus grand;
- un bombement de l'hémi-visage ;



Évaluation de la plagiocéphalie

Il est difficile de quantifier l'asymétrie initiale et l'évolution chez la clientèle atteinte de plagiocéphalie. De ce fait, il existe différentes façons d'objectiver la sévérité de la plagiocéphalie et d'en mesurer l'évolution dans le temps. Voici deux modèles très utilisés.

- 1) Cranial Technologie a créé une grille qui est reconnue comme étant fidèle intra-évaluateur (disponible sur leur site Internet). Elle donne un aperçu des principaux paramètres à considérer sans toutefois être très sensible aux changements évolutifs.



Cranial technologies inc.

2) La plagiocéphalométrie (PCM) (5) est un procédé par bande thermoplastique (sansplint) qui permet de mouler la circonférence de la tête du nourrisson en quelques minutes. La PCM est reproductible et constitue un excellent support visuel pour objectiver l'évolution des asymétries crâniennes tout en mesurant le pourcentage d'aplatissement de l'occiput dans un plan bidimensionnel.



Adaptation clinique de la plagiocéphalométrie



08-09-04



08-10-22

Ainsi, lors de prises de mesure subséquentes, la PCM permet aux parents, de constater d'eux-mêmes les changements progressifs de la forme du crâne de leur nourrisson. En absence de mesures objectives, il est fortement conseillé de

joindre des photos (prises en collaboration avec les parents) aux dossiers (vues du dessus de la tête, de côté, du visage et du cou).

On entend souvent cette question : « L'ostéopathie peut-elle vraiment faire une différence? »

Il est réaliste de constater des améliorations cliniquement significatives après quelques traitements d'ostéopathie incluant des conseils de positionnement (6), Par ailleurs, un projet de recherche, en cours à l'hôpital pour Enfants de Calgary (Alberta), vise aussi à quantifier l'effet du traitement ostéopathique (7).

Les facteurs de risques et conditions associées à la plagiocéphalie : Tableau I

La complexité de cette problématique provient de la superposition de nombreux facteurs de risques et conditions associés (Tableau I).

Tableau I (page suivante)

GROSSESSE	-mauvais positionnement intra-utérin -oligoamnios (↓liquide amniotique) -contraintes intra-utérine, malpositions fœtales, grossesse multiple -engagement du bébé prématurément (8) -alitement
ACCOUCHEMENT	-traumatismes de naissance, forceps/ ventouse... (9) -accouchements non-conventionnels et types de présentation -prématurité -primiparité (1er enfant) (10)
MUSCULO-SQUELETTIQUE	-torticolis -malformation congénitale (hémi ou fusion vertébrale)(8) -fracture de clavicule -dysplasie de la hanche -pied bot -restriction de vertèbres cervico-dorsales ou subluxation C1-C2
NEUROLOGIQUE	-tonus altéré (hypo/hyper) -lésion plexus brachial (8) -paralysie cérébrale
DODO SUR LE DOS	-nouveau-né peut passer jusqu'à 20 heures/ 24 sur le dos (6) -temps additionnel passé dans siège d'auto, balançoire, siège vibrant... -préférences de positionnement
ENVIRONNEMENTAL	-provenance des sources de stimulations -habitudes et dominance des parents (droitier vs gaucher)
TROUBLE AUDITIF/VISUEL	-perte d'audition, ptose paupière
AUTRES	-syndrome Sandifers, abcès rétro-pharyngien

Évolution-impacts possibles : Est-ce VRAI QUE ÇA VA PASSER TOUT SEUL?

En l'absence de traitement, il est vrai qu'une certaine récupération spontanée peut prendre place avec le temps, pour les enfants atteints d'asymétries légères à modérées (sans restriction de mobilité du cou). Il est également vrai que les cheveux poussent



et que les asymétries deviennent moins apparentes avec le temps mais de nombreux auteurs affirment que des asymétries crânio-faciales peuvent persister tout au long de la vie chez les enfants non-traités (11).

Qu'advient-il des nourrissons présentant une asymétrie modérée à sévère?

Il est maintenant démontré dans la littérature qu'en absence de traitement il pourrait résulter entre autres :

- des asymétries permanentes au niveau du crâne et du visage (12);
- des asymétries de l'articulation temporo-mandibulaire (13) pouvant amener des problèmes de malocclusion et de mastication;
- des postures compensatoires asymétriques (altération de l'horizontalité du regard, asymétrie des ceintures scapulaires et pelviennes (14) prédisposant à des adaptations vertébrales telles une scoliose (15).

Traitements disponibles

L'ostéopathie

Les forces de tractions et/ou de compressions capables de créer une asymétrie crânienne sont absorbées et transmises dans le corps du nourrisson avant, pendant et/ou après la naissance prédisposant ainsi certains enfants à développer, entre autres, une plagiocéphalie. La spécificité de l'ostéopathie nous permet de traiter l'enfant dans sa globalité en remontant aux causes responsables des principaux symptômes et en libérant les dysfonctions de l'ensemble du corps par ordre de primarité.

La plagiocéphalie est, entre autres, caractérisée par un mauvais alignement de certaines structures crâniennes et les ostéopathes possèdent les compétences nécessaires pour améliorer la position, la mobilité et la vitalité de ces structures. Ainsi, le traitement ostéopathique relance les différents systèmes de l'organisme et optimise le potentiel Santé en redonnant au corps (unité fonctionnelle), sa capacité d'autorégulation

(possibilité de remodelage crânien).

Piste de traitement pour les nourrissons atteints de plagiocéphalie

Il demeure essentiel de traiter le nourrisson dans sa globalité, par ordre de primarité selon la méthodologie du CEO mais une attention particulière devrait être aussi portée aux :

- compactations: C0/C1, SSB, L5/S1;
- sutures (lambdoïde, OM, coronale);
- strains latéraux de la SSB (le strain latéral sera souvent du même côté que le méplat occipital) (9);
- lésions intra-osseuses (base et écaille occiput, temporaux, frontaux, sacrum);
- déséquilibres de tensions des membranes;
- asymétries des ceintures scapulaires et pelviennes;
- volumes crâniens-thoraciques et pelviens (dissocier et harmoniser);
- ATM, mandibule et musculature péri-orale.

Chez les enfants atteints de plagiocéphalie, les asymétries de la mandibule et le déplacement antérieur de l'articulation temporo-mandibulaire proviennent des rotations de la base du crâne et non d'une anomalie primaire de la mandibule (13). En ostéopathie, c'est rarement une région traitée en début de séance mais il est important de garder à l'esprit que cette région connaît des dysfonctions capables d'affecter notamment la succion (16). Lors de l'anamnèse, il arrive que la mère mentionne que son enfant boit mieux d'un côté, que la prise au sein est laborieuse. À l'évaluation, il est possible d'observer une asymétrie de la mandibule lors des pleurs, des bâillements... ou de voir la suce déviée de la position horizontale.

Selon notre expérience clinique, les chances de récupération dépendent de plusieurs facteurs.

Essentiellement on y retrouve :

- la précocité de



l'intervention, âge du nourrisson lors de l'évaluation initiale;

- le degré de sévérité initial : du méplat occipital et des asymétries a/n du visage;
- la présence et sévérité d'un torticolis;
- le moment d'apparition de l'asymétrie (dès la naissance ou plus tard);
- l'ouverture des fontanelles (lambdoïdale, bregmatique);
- le succès ou échec aux techniques de positionnement, tolérance de l'enfant en D.V.;
- l'horaire de la famille, disponibilité, nombre d'enfants;
- la collaboration étroite et autres motivations personnelles des parents.

Inter-disciplinarité

En complément des soins en ostéopathie, on peut également compter sur l'expertise d'une équipe de professionnels de la santé (médecin spécialiste, physiothérapeute, orthésiste) afin d'établir un plan de traitement optimal et ainsi favoriser un maximum de récupération et de bien être chez le nourrisson tout au long de son développement. Si aucune amélioration, voir même une aggravation de l'asymétrie crânienne est notée après quelques séances, l'ostéopathe se doit d'éliminer toute urgence médicale et de référer au médecin traitant pour des examens complémentaires, si indiqué.

La physiothérapie

Une référence chez un physiothérapeute pédiatrique est particulièrement indiquée pour les nourrissons démontrant des asymétries de forces musculaires (notamment au niveau cervical), des réactions posturales inadéquates, des retards de développement moteur, des troubles de planification motrice... Il est parfois insuffisant de libérer la structure pour que la fonction s'exprime pleinement. Pour favoriser une récupération optimale, certains enfants ont besoin d'être guidés et stimulés par un physiothérapeute pédiatrique afin d'explorer et de développer tout leur potentiel de mouvement. L'ostéopathe travaillera alors en parallèle à libérer

l'ensemble du corps afin que la fonction puisse s'exprimer pleinement.

Traitement par orthèse crânienne

Lorsque l'approche conventionnelle de positionnement et/ou ostéopathie et/ou physiothérapie tarde à donner les résultats espérés et que l'asymétrie crânienne est évaluée de modérée à sévère, le traitement indiqué peut être celui du port de l'orthèse crânienne. L'ostéopathe sera parfois appelé à intervenir auprès d'enfants qui portent une orthèse crânienne (23 heures/24 durant ~3-4 mois). D'un point de vue ostéopathique, en plus d'un traitement global, une attention toute particulière devrait alors être portée aux sites de contact de l'orthèse, notamment pour libérer les zones de plus grande densité osseuse (temporaux au niveau des écailles++, noyaux des os frontaux, noyaux des pariétaux et base de l'occiput).

Prévenir la plagiocéphalie = positionnement et traitement précoce

Une intervention précoce est indiquée (17)

- chez tous les nourrissons (ne serait-ce qu'à titre préventif);
- Et plus spécifiquement chez les nourrissons démontrant des :
- asymétries crâniennes avec ou sans asymétries au niveau du visage;
 - restrictions de mobilité cervicale;
 - particularités au niveau des sutures crâniennes (compression, chevauchement, densité, bombement et/ou dépressions);
 - préférences de positionnement (la tête habituellement en rotation du même côté).

Dès les premiers jours de vie, le positionnement devrait être effectué avec minutie afin de réduire et limiter l'effet de la gravité sur la tête de l'enfant en variant et alternant les positions.



Voici 10 conseils généraux qui devraient minutieusement être adaptés à chaque nourrisson :

1) Dodo sur le dos : en présence d'une d'asymétrie, éviter que la tête ne repose sur la région aplatie en la positionnant sur partie plus arrondie.

2) Transport dans les bras : Varier les positions (dos contre soi, sac ventral, incliné sur le côté, à plat ventre sur l'avant-bras s'il ne démontre pas de patron en hyper extension).

3) Rotation de la tête : Stimuler l'enfant pour l'encourager à tourner sa tête du côté où le mouvement est le plus limité, par ex. : 3X ~15sec.et/ou maintenir la position selon tolérance à chaque changement de couche. **NE JAMAIS FORCER CONTRE L'ENFANT.**

4) Assis (siège d'auto, balançoire) : Assurer un bon alignement tête-tronc-bassin et stabiliser le bassin de l'enfant avec des rouleaux de serviettes au besoin.

5) Activités : Varier les positions de jeu (À PLAT VENTRE, assis dans un coussin d'allaitement, couché sur le côté) pour diminuer le temps passé sur le dos et stimuler son développement.

6) Stimulation : Stimuler l'utilisation de ses bras et de ses jambes de façon symétrique.

7) Boires : Enseigner à placer une surface moelleuse entre la tête du nourrisson et le bras de l'adulte. Pour l'usage du biberon, penser à varier les positions. Au besoin : privilégier l'usage de la suce si la succion du pouce favorise la rotation de tête et ↑ le temps d'appui sur la région déjà aplatie.

8) Évaluation de l'asymétrie : Observer la tête de l'enfant à partir du vertex (c'est le point de vue le plus efficace pour déceler une asymétrie).

9) Debout : En général, éviter les accessoires (jolly jumper, centre d'activités debout) qui permettent à l'enfant de se tenir debout avant

qu'il ne puisse le faire de lui-même.

10) À plat ventre : La position en décubitus ventral est extrêmement importante dans le développement de l'enfant, elle permet notamment :

- la diminution du temps passé sur le dos;
- le remodelage par traction au niveau de l'insertion des muscles de la région sous-occipitale (18);
- le développement de la coordination œil-main dans l'espace et de la profondeur du champ visuel (19);
- l'étirement de la musculature des mains en préparation de la dextérité fine, de la prise du crayon et même de l'écriture (20);
- le développement de la stabilité de la ceinture scapulaire et pelvienne.

En dépit de l'importance du D.V., il demeure indiqué de faire dormir les enfants sur le dos (21).

Les parents deviennent des alliés puissants dans le traitement des plagiocéphalies.

Il est essentiel d'enseigner aux parents l'importance de mettre leur enfant à plat ventre lorsqu'il est éveillé et sous supervision.

Afin d'optimiser le temps que l'enfant passe à plat ventre.

Demander un minimum de 20X/jour (durée selon la tolérance de l'enfant) jusqu'à ce que l'enfant développe un certain plaisir dans cette position qu'il adoptera alors de lui-même.

CONCLUSION :

Le nourrisson est donc soumis à des forces de traction et de compression avant-pendant et/ou après la naissance. Les forces qui sont à même de déformer le crâne peuvent être imprégnées et transmises dans la globalité du corps du nourrisson contribuant à créer la plagiocéphalie, le torticolis, et les compensations posturales.... En traitant l'enfant, il est essentiel de garder à l'esprit l'importance du position-

nement et du décubitus ventral de même que les liens ostéopathiques entre les structures atteintes et le reste du corps.

Enfin, plus le nourrisson débute les traitements rapidement, meilleures sont les chances de corrections et de récupérations (17). Trop souvent, parents et intervenants retardent le début des interventions dans l'espoir que l'asymétrie crânienne se corrige d'elle-même. Lorsque possibles, des mesures objectives (PCM) aideront les ostéopathes à objectiver l'évolution, à favoriser une communication efficace avec les autres intervenants et à offrir un traitement optimal. Les informations du présent article proviennent en partie de la thèse Lessard et al., 2007, disponible dans sa version intégrale sur Internet à : www.monphysio-qc.com

Remerciements

Isabelle Gagnon Ph.D. conseillère méthodologique pour le projet de standardisation clinique (5) et pour la publication dans CTCP (1), Diane Nemett PT, DO(MP), pour le partage de son expertise. Aux parents qui ont accepté de partager les photos de leur nourrisson afin d'enrichir le présent article et d'optimiser la diffusion d'informations.

Références

1. LESSARD S, et al., *Exploring the impact of osteopathic treatment on cranial asymmetries associated with nonsynostotic plagiocephaly in infants, Complementary Therapies in Clinical Practice* (2011), doi:10.1016/j.ctcp.2011.02.001
2. HUTCHISON BL, Hutchison LA, Thompson JM, Mitchell EA. *Plagiocephaly and brachycephaly in the first two years of life: a prospective cohort study. Pediatrics.* 2004 Oct;114(4):970-80.
3. GOLDEN, K.A., BEALS, S.P., LITTLEFIELD, T.R. et POMATTO, J.K. (1999). "Sternomastoid imbalance versus congenital muscular torticollis: Their relationship to positional plagiocephaly", dans *Cleft Palate and Craniofacial Journal*. No 36, p. 256-261.
4. SOLANO, R. (2002), *Ostéopathie pour les bébés pourquoi, quand, comment ? Belgique, Édition Marabout*, p.96.
5. van VLIMMEREN LA, Takken T, van Adrichem LN, van der Graaf Y, Helders PJ, Engelbert RH. *Plagiocephalometry: a non-invasive method to quantify asymmetry of the skull; a reliability study. Eur J Pediatr.* 2006, Mar;165(3):149-57.
6. LESSARD S, *Projet de Standardisation Clinique explorant l'effet du traitement ostéopathique sur les asymétries crâniennes chez les nourrissons, Collège d'Études Ostéopathiques de Montréal*, 2007.
7. TROTTIER N., Carolyn Emery, Isabelle Gagnon, Preston Wiley, Heather Graham, Sylvie Lessard. *The effectiveness of osteopathic manual treatment in the conservative management of infants with deformational plagiocephaly and congenital muscular torticollis, 2010-2011 ... (à paraître)*.
8. KENNEDY, E., MACRI, E. *Cours Torticollis/plagiocéphalie : intervention en physiothérapie. Cours de l'ordre des physiothérapeutes du Québec, Montréal, 4-5 février 2005.*
9. SERGUEEF, N., NELSON, K.E. et GLONEK, T. (2006). "Palpatory diagnosis of plagiocephalie", dans *Department of Osteopathic Manipulative Medicine, Midwestern University. Vol. 12, p. 101-110.*
10. PEITSCH, W.K., KEEFER, C.H., LaBRIE, R.A. et MULLIKEN, J.B. (2002). "Incidence of cranial asymmetry in healthy newborns", dans *Pediatrics*. Vol. 110, no 6, December, p. e72.
11. KELLY, K.M., LITTLEFIELD, T.R., POMATTO, J.K., RIPLEY, C.E., BEALS, S.P. et JOGANICS, E.F. (1999). "Importance of early recognition and treatment of deformational plagiocephaly with orthotic cranioplasty", dans *Cleft Palate and Craniofacial Journal*. No 36, p. 127-130.
12. MULLIKEN, J.B., VANDER WOUDE, D.L., HANSEN, M., LaBRIE, R.M. et SCOTT, R.M. (1999). "Analysis of posterior plagiocephaly: deformational versus synostotic", dans *Plastic Reconstruction Surgery*. Vol. 103, no 2, p. 371-380.
13. ST. JOHN, D., MULLIKEN, J.B., KABAN, L.B. et al., (2002). "Anthropometric analysis of mandibular asymmetry in infants with deformational posterior plagiocephaly", dans *Journal of Maxillofacial Surgery*. No 60, p. 873-877.
14. HYLTON, N. (1997). *Infants with torticollis : The relationship Between Asymmetric Head and Neck Positionning and postural Development*. Haworth Press.
15. MAGOUN, H.I. (1994). *Ostéopathie dans la sphère crânienne. Canada, Éditions Spirales*.
16. COTÉ, K. L. et KVIVIK G, *L'allaitement et son influence sur le crâne du nourrisson. Deutsches Osteopathy Kolleg, 2003, tiré du Journal L'Ostéopathie précisément, éditeur Jean-Guy Sicotte, automne 2006, p. 24-31.*
17. BIGGS, W. (2003). "Diagnosis and manage-

ment of positional head deformity”, dans *American Family Physician*. Vol. 67, no 9, p. 1953-1956.

18. SERGUEEF, N, (2010), *Ostéopathie pédiatrique*, Elsevier, p.265.

19. FRYMANN, V.M. (2005-2006). 22ème et 23ème Symposium International d'Ostéopathie Traditionnelle de Montréal.

20. BLY, L., (1994), *Motor Skills Acquisition in the First Year of Life, Therapy skill Builders*.

21. CANADIAN PEDIATRY SOCIETY, (2001). “La plagiocéphalie positionnelle et la position du sommeil : Une mise à jour de l'énoncé conjoint sur la mort subite du nourrisson”, dans *Pediatrics & Child Health*.

Hélène Boucher, amie, voisine et complice, est décédée d'un cancer ce matin, après de longs mois de souffrance.

Ce n'est pas triste, si, un peu quand même, mais c'est surtout très grand.

J'ai reçu, quelle coïncidence, ce matin-même, cet extrait de l'écrivaine Christiane Singer, paru peu avant sa mort, dans "Terre du Ciel", un magazine européen.

Kim Elaine Gosselin

Quelques mois avant la Grande Traversée

« C'est du fond de mon lit que je vous parle, et si je ne suis pas en mesure de m'adresser à une grande assistance, c'est à chacun de vous que je parle au creux de l'oreille. J'ai toujours partagé tout ce que je vivais. Toute mon œuvre, toute mon écriture était un partage de mon expérience de vie. J'ai voulu faire de la vie un haut lieu d'expérimentation.

Ma dernière aventure? Deux mois d'une vertigineuse et assez déchirante descente et traversée. Avec surtout le mystère de la souffrance. J'ai encore beaucoup de peine à en parler de sang-froid. Je veux seulement l'évoquer. Parce que c'est cette souffrance qui m'a abrasée, qui m'a raboté jusqu'à la transparence, calcinée jusqu'à la dernière cellule. Ce qui est bouleversant, c'est que quand tout est détruit, quand il n'y a plus rien, mais vraiment plus rien, il n'y a pas la mort et le vide comme on le croirait, pas du tout. Je vous le jure! Quand il n'y a plus rien, il n'y a que l'Amour. Il n'y a plus que l'Amour. Tous les barrages craquent. C'est la noyade, c'est l'immersion. L'Amour n'est pas un sentiment. C'est la substance même de la création. Et c'est pour en témoigner finalement que j'en sors, parce qu'il faut sortir pour en parler.

Je croyais jusqu'alors que l'Amour était reliance, qu'il nous liait les uns aux autres. Mais cela va beaucoup plus loin! Nous n'avons pas même à être reliés : nous sommes à l'intérieur les uns des autres. C'est cela le mystère. C'est cela le plus grand vertige. Au fond, je viens seulement vous apporter cette bonne nouvelle : de l'autre côté du pire, t'attend l'Amour. Il n'y a en vérité rien à craindre.

Oui c'est la bonne nouvelle que je vous apporte. »

