



Société Européenne de *Recherche*
en Ostéopathie Périnatale & Pédiatrique

Recommandations de bonnes pratiques & d'Éthique ©

Ostéopathie pour le nouveau-né, le nourrisson, l'enfant et l'adolescent

Interrogatoire, examen clinique

En début de la consultation, l'ostéopathe fait un interrogatoire médical classique (antécédents, motif(s) de consultation, etc.) puis va ~~examiner~~ évaluer cliniquement l'enfant avec notamment un examen neurologique exhaustif, qui se poursuivra par un examen ostéopathique palpatoire (cf pratiques et technicité).

Respecter au cours de la consultation :

- Les normes de sécurité et les règles d'hygiène :
 - Utilisation de draps (tissu, papier), changés à l'issue de chaque consultation
 - Utilisation d'essuie-mains jetables uniquement
 - Nettoyage de la table d'examen à chaque consultation
 - Adaptation sur le plan environnemental du cabinet d'ostéopathie : intensité sonore, lumineuse, etc.
- Les spécificités de l'accueil du nouveau-né, du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent en situation d'handicap et adapter le cabinet d'ostéopathie en conséquence
- Les rythmes et les besoins physiologiques des nouveau-nés, nourrissons, enfants, (biberons, repas, changes, etc.)
- Les étapes du développement, la physiologie neuro-musculaire et la biomécanique de l'enfant.

- Connaître la vulnérabilité des structures du nouveau-né, du nourrisson et de l'enfant (cf « pratiques et technicité »)
- L'état fébrile et algique (notamment en post-traumatique). Celui-ci devra mener à reporter la consultation voire à réorienter vers le pédiatre, les urgences pédiatriques.
- Les connaissances, les compétences et l'expérience des parents (partenaires de l'ostéopathe), dans une approche collaborative du soin. Favoriser la compréhension par les parents du comportement de leur enfant, et l'attachement parents-enfant.
- Etre attentif à son discours et ses attitudes afin d'éviter de déclencher ou d'augmenter le sentiment de culpabilité parentale, plutôt tenter de les ré-assurer si nécessaire
- Le jeune patient comme acteur de la consultation et l'interaction psycho-affective parents-enfant. Observer ses compétences.

Pratiques et technicité :

- Respecter la physiologie du nouveau-né, du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent et adapter les techniques, toujours à type de mobilisation, en fonction de l'immatunité des structures sous-jacentes
- Techniques indiquées et respectant la physiologie : les mobilisations articulaires rythmiques (progressives et douces, sans jamais de « craquement », ni de manipulation à haute vitesse), les techniques directes sur les tissus mous (lentes et douces sans appui profond), les techniques neuromusculaires, les techniques directes de mobilisation en ouverture des sutures crâniennes¹.
- Techniques contre-indiquées et ne respectant pas la physiologie : A NE PAS PRATIQUER EN PEDIATRIE
 - Compression suturale
 - Technique en hyper-extension ou en flexion forcée. La «détente musculaire» pouvant être obtenue pendant ou après ces techniques serait proche des signes cliniques d'une hypotonie: donc incompatible avec une approche sécuritaire du nouveau-né et du nourrisson. Favoriser au contraire la position en semi-flexion du nouveau-né, et si nécessaire l'enveloppement, voire le portage dans les bras d'un parent pendant la consultation.
 - Techniques de suivis des tissus (processus de myélinisation non terminé)
 - Techniques de manipulation de type « thrust » (synchondroses largement ouvertes et articulations en période de croissance vulnérables : mécanobiologie)
 - Manipulations crâniennes et rachidiennes chez le nouveau-né de moins de 6 mois. Seules les mobilisations sont autorisées
- Respecter l'intégrité des cartilages de croissance de l'enfant (os longs et courts), les synchondroses vertébrales et basi-crâniennes ainsi que les sutures de la voûte crânienne
- Respecter les contre-indications édictées par la SEROPP (voir annexe A)

¹ Lalauze-Pol, Le crâne du nouveau-né, sauramps médical, 2009

- Utiliser les échelles de quantification validée SEROPP-(voir annexe 3)
- Observer le comportement de l'enfant dans ses composantes physiologique, neurologique, comportementale et relationnelle, et s'adapter son comportement vis à vis de l'enfant et de ses parents.
- Favoriser la succion non-nutritive si nécessaire pendant la consultation.

Connaître et reconnaître

- Les signes cliniques d'urgence pédiatrique en début et en cours de consultation et référer en urgence vers un médecin.
- Les pathologies à risque manipulatif, voire lors de mobilisations, tels la trisomie 21, Arnold Chiari, angiome cérébral, moëlle bifide, neurofibromatose de Reicklinghausen, etc...
- Les troubles du développement neuro-psycho-sensoriel
- Le sommeil et les pleurs de l'enfant, pour minimiser la probabilité de survenue de pleurs pendant la consultation, et participer à l'accompagnement de la parentalité dans ces domaines
- La douleur ou l'inconfort. Appliquer la règle de non-douleur pendant la consultation. Mettre en oeuvre les techniques non-médicamenteuses adaptées selon l'âge si nécessaire (distraction, relaxation, hypno-analgésie...)
- Les limites de notre pratique (champ de compétence) : à quels moments s'arrêter dans notre prise en charge ostéopathique.

Savoir utiliser

- Echelles de la douleur : hétéro-évaluation, auto-évaluation (NFCS, EDIN, EVENDOL, voir site Pédiadol,etc.). Si les signes cliniques en rapport avec la douleur persistent ou apparaissent en cours de consultation, il est impératif de modifier la technique ostéopathique utilisée voire de stopper la consultation, et de référer l'enfant si besoin.
- Avoir connaissance de l'échelle de Brazelton (évaluation du comportement du nouveau-né avec 28 items et les compétences du nouveau-né), et des grilles d'évaluation neurologique de Prechtl et Amiel Tison

Eviter les pertes de chance

- Repérer, en cours de consultation, les troubles du développement et du comportement et les signaler au pédiatre ou médecin traitant, ainsi qu'en cas de suspicion de maltraitance. Communiquer avec les autres professionnels de la santé en périnatalité et pédiatrie.

- Sans résultat au-delà de la 2^e consultation, demander l'avis d'un ostéopathe-senior en ostéopathie périnatale et pédiatrique, et/ou référer l'enfant à un autre ostéopathe, au pédiatre, au généraliste et/ou demander un avis pédiatrique spécialisé (de préférence par l'intermédiaire du médecin traitant).
- Sécurité et éthique sont indissociables de la recherche d'efficacité dans la prise en charge ostéopathique des nouveau-nés, des nourrissons, des enfants et des adolescents

Ostéopathie pour la femme enceinte et en période post partum

Interrogatoire, examen clinique

- En début de consultation, l'ostéopathe fait un interrogatoire médical classique (antécédents, motif(s) de consultation, etc.) puis va évaluer cliniquement la patiente avec notamment un examen neurologique exhaustif, qui se poursuivra par un examen ostéopathique palpatoire adapté (cf pratiques et technicité).
- Prise systématique de la tension artérielle en début de consultation.

Prise en charge de la femme enceinte et en post-partum :

Respecter au cours de la consultation :

- Les règles d'hygiène :
 - Utilisation de draps (tissu, papier), changés à l'issue de chaque consultation
 - Utilisation d'essuie-mains jetables uniquement
 - Nettoyage de la table d'examen à chaque consultation
 - Respect des normes de sécurité et d'hygiène du cabinet
- Les spécificités de l'accueil des personnes en situation d'handicap et adapter le cabinet d'ostéopathie (lumière, marquage au sol, etc..).
- Adapter les positions de traitement en fonction des modifications morphologiques dues à l'avancée de la grossesse. .
- L'état fébrile et algique, etc... devra amener l'ostéopathe à reporter la consultation et à référer la patiente vers le gynécologue-obstétricien, la sage-femme, les urgences gynéco-obstétricales...
- Grossesse gémellaire : la prise en charge pluri-disciplinaire est conseillée (contre-indication pour les grossesses monoamniotiques monochoriales).

Pratiques et technicités :

- Les techniques obstétricales de version par manœuvre externe sont interdites. Elles sont de la seule compétence du gynécologue-obstétricien sous une surveillance échographique.
- Les techniques intra-pelviennes sont interdites. Elles sont de la seule compétence du médecin et de la sage-femme
- Les techniques seront respectueuses de l'état physiologique particulier à la femme enceinte et à la femme en période post partum, notamment au niveau cardio-vasculaire (grossesse gémellaire +++) et au niveau des techniques de hanches (voir annexe 2)
- Connaître et respecter les contre-indications édictées par la SEROPP (voir annexe B)

Savoir utiliser

- Echelles de la douleur (auto-évaluation, QDSA, ALGOPLUS, etc.)
- Des coussins de positionnement (demi-lune, dit d'allaitement) pour améliorer le confort de la patiente lors des consultations ostéopathiques

Eviter les pertes de chance

- Connaître les signes d'urgence gravidique : menace d'accouchement prématuré, pré-éclampsie, cholestase, hématome rétro-placentaire, etc. Et orienter en urgence la patiente vers le service d'urgences gynéco-obstétricales.
- Connaître les troubles psychiques de la femme en périnatalité : déni de grossesse (« grossesse méconnue »), dépression du post-partum, maltraitance, lien mère-enfant non amorcé, rejet du bébé. Réorienter la patiente vers un professionnel spécialisé.
- Sans résultat au-delà de la 2^e consultation, pour les ostéopathes manquant d'expérience, demander l'avis d'un ostéopathe-senior.
- Accepter ses limites et savoir référer la patiente à un autre ostéopathe, au médecin traitant, au gynécologue, à la sage-femme.
- La femme en post-partum est en « apprentissage » pour être « mère », l'ostéopathe se doit de l'accompagner dans ses choix sans prendre de parti-pris (allaitements maternel et artificiel, vaccination, etc.).
- Ne pas déclencher ou augmenter le sentiment de culpabilité maternelle, mais au contraire la ré-assurer si nécessaire
- Sécurité et éthique sont indissociables de la recherche d'efficacité dans la prise en charge ostéopathique des femmes pendant leur grossesse et en période post partum

ANNEXE A

Nouveau-nés, nourrissons, enfants, adolescents : contre-indications absolues ou relatives

L'Ostéopathe compétent en ostéopathie périnatale et pédiatrique respecte les cartilages de croissance de l'enfant (os longs et courts), mais aussi les synchondroses vertébrales et basi-crâniennes ainsi que les sutures de la voûte crânienne qui sont toutes les "cartilages de croissance" du rachis et du crâne. Avec un toucher fin et précis, l'ostéopathe travaille en décompression les zones trop contraintes in utero ou per partum, sans toutefois appliquer trop de distraction. Comme chez l'adulte, les mobilisations du rachis cervical supérieur sont faites en légère flexion, puisque le nouveau-né garde une position semi-fœtale (rachis avec une unique courbure en flexion - position physiologique de repos). Le rachis cervical sera redressé à un an, la lordose physiologique arrivera plus tard. L'ostéopathe est d'autant plus vigilant qu'il connaît les troubles du rachis supérieur. Ils sont, certes, plus fréquents chez l'enfant que chez l'adulte (subluxation, luxation rotatoire) mais l'ostéopathe peut les corriger facilement par une mobilisation fine et précise. Si les indications sont nombreuses, il existe cependant quelques contre-indications. L'ostéopathe orientera son petit patient vers son pédiatre ou le son médecin généraliste, ou un service d'urgences pédiatriques si cela lui semble nécessaire.

Chocs, chutes sur la tête ou le rachis

- Si vomissements, perte de connaissance ou troubles de la conscience dans les heures qui suivent, demander une consultation préalable aux urgences pédiatriques, chez le pédiatre ou, le médecin généraliste, et un examen radiologique.
- Pour un choc sur la face ou le menton : radiographie conseillée, risque de fractures++.

Troubles de l'adaptation néonatale

- Cyanose présente dès le début de la consultation et persistante : à adresser au pédiatre.

Anomalies crânio-faciales

- Asymétrie faciale marquée (hyper ou hypotélorisme marqué, épicanthus prononcé) : à orienter vers le pédiatre pour avis du généticien ou du chirurgien maxillo-facial.
- Crâniosténose (suspicion de) : orientation vers le chirurgien maxillo-facial ou le neurochirurgien.
- Hématome du scalp (prévalence 2/100 000) avec un pronostic vital compromis) en maternité (à ne pas confondre avec un céphalématome ou une bosse sérosanguine) : demander en urgence l'avis du pédiatre de maternité.

Troubles digestifs

- Diarrhée : risque de déshydratation, à adresser en urgence vers le pédiatre ou aux urgences pédiatriques, surtout si la fontanelle bregmatique est déprimée en position assise
- Sténose du pylore (fin du 1er mois)
- Appui profond au niveau de l'abdomen ^[2] : les techniques viscérales ne doivent pas être appliquées avec des "doigts pointés" (fragilité des tissus entériques)

Fièvre

- En cas de fièvre, la consultation sera reportée en orientant vers le pédiatre

Pathologies génétiques

Il convient d'être extrêmement prudent lorsqu'on mobilise les enfants porteurs de pathologies génétiques.

- Maladie du collagène (Marfan) : ne jamais mettre les enfants à plat ventre (risque de luxation cardiaque à travers le péricarde entraînant un arrêt cardiaque, risque d'anévrisme...), ainsi que les hyperlaxités, surtout des extrémités (syndrome d'Ehlers-Danlos), etc.
- Trisomie 21 : anomalie de la charnière crânio-cervicale (risque de luxation). Contre-indication absolue des manipulations.
- Neurofibromatose de Recklinghausen, Arnold Chiari, etc.

Pathologies neurologiques

- Hypotonie marquée, qui est le plus souvent liée à une maladie génétique, une myopathie, etc...
- Malaise vagal du nourrisson : à renvoyer en urgence vers le pédiatre, les Urgences pédiatriques ou le SAMU. Mettre en position latérale de sécurité.
- Nystagmus marqué et récidivant (latéral ou vertical) en cours de consultation : à renvoyer vers le pédiatre, et le neuropédiatre ou l'ophtalmologiste pédiatrique
- Raideur de la nuque (avec ou sans vomissements, sans signes fébriles) : méningite virale possible, à renvoyer vers le pédiatre, les urgences pédiatriques ou le SAMU.
- Signes de la fosse postérieure chez l'enfant plus grand : vertiges, troubles de la statique, douleurs, etc. (à renvoyer en urgence vers le pédiatre, et le neuropédiatre ou l'ophtalmologiste pédiatrique)
- Tension marquée de la fontanelle bregmatique (bombée) : peut être le signe d'une hydrocéphalie. Regarder s'il n'existe pas de signe du coucher de soleil (hernie du diencephale), une dysmorphie cranio-faciale
- Syndrome d'alcoolisme fœtal : dysmorphie crânio-faciale, syndrome de sevrage, volume cérébral réduit, retard de croissance, atteinte des organes sensoriels (vue, ouïe), malformations cardiaques et uro-génitales, défenses immunitaires réduites...

Pathologies orthopédiques

- Arrachement épiphysaire (suite à un accouchement dystocique)
- Ostéochondrite disséquante, rhume de hanche
- Paralysie obstétricale du plexus brachial complète - signe de Claude-Bernard-Horner (avulsion des radicelles, rupture des racines)
- Scoliose ou Torticolis douloureux : pathologie sous-jacente possible (syringomyélie, tumeur osseuse ou des tissus mous menaçant la moelle, ostéome-ostéoïde).

Pathologies ORL

- Otites purulentes : à renvoyer vers le pédiatre et l'ORL
- Torticolis de Grisel : à renvoyer vers le pédiatre et l'ORL

ANNEXE B

Femmes enceintes : contre-indications absolues ou relatives

Il existe des contre-indications pendant la grossesse : la version par manœuvre externe (VME) est réservée au gynécologue-obstétricien, les mobilisations des hanches en périnatalité demandent des précautions palpatoires particulières et des examens complémentaires, etc.

Cette suite de contre-indications n'est pas exhaustive :

Menace d'accouchement prématuré (MAP) : épisode contractile +++ récent, perte du bouchon muqueux, fissure de la poche des eaux. A réorienter vers le gynécologue-obstétricien ou les urgences gynéco-obstétricales.

Cholestase gravidique : Prurits récents. Pas de contre-indications aux mobilisations, mais il est impératif de demander une consultation pour bilan auprès de l'équipe obstétricale.

Grossesse gémellaire

- Contre-indication ABSOLUE pour la monoamniotique-monochoriale : ne pas s'intéresser aux muscles proches de la poche utérine (risque de tricotage des cordons, jumeaux transfuseur-transfusé, mort fœtale in utero (MFIU), pathologie fœtale cardiaque, rénale...)
- Contre-indication RELATIVE pour la biamniotique-monochoriale (jumeaux transfuseur transfusé, mort fœtale in utero, pathologie cardiaque, rénale, ...)
- Contre-indications relatives pour les autres grossesses gémellaires (risques : MAP, accouchement prématuré, maladie des membranes hyalines,

détresse respiratoire à la naissance...). Les consultations doivent se faire en accord, avec un suivi et une collaboration avec l'équipe obstétricale.

Hématome rétro-placentaire (HRP) : conséquence d'une HTA ; si le tableau est complet : métrorragies, douleurs abdominales (coup de poignard) dans le fond utérin, abdomen dur (Ventre de bois) et très douloureux à la palpation... adresser en urgence à l'équipe obstétricale.

Articulation coxo-fémorale douloureuse : avant toute mobilisation d'une hanche avoir au préalable une radiographie du bassin voire un arthroscanner pour vérifier qu'il n'existe pas d'algodystrophie de la hanche ou de micro fractures...

Pré-éclampsie ou toxémie gravidique : hypertension artérielle, Œdème des membres inférieurs, céphalées, acouphènes, douleurs abdominales, nausées, vomissements, myodésopsies (mouches volantes) : demander une consultation en urgence auprès de l'équipe obstétricale.

Toucher vaginal (TV) du col utérus réservé au médecin et à la sage-femme

Toucher rectal (TR) réservé au médecin et à la sage-femme

Version par Manoeuvre Externe (VME) : doit être effectuée à la maternité par un obstétricien (avec vérification échographique et un monitoring de contrôle pour apprécier l'état fœtal).

Si Syndrome de compression de la veine cave : coucher la femme enceinte sur le côté gauche, mettre la patiente dans sa position de confort pendant la séance d'ostéopathie.

Femmes en période post-partum et les mois suivants : contre-indications

Articulation coxo-fémorale douloureuse : avant toute mobilisation d'une hanche, il faut avoir au préalable une radiographie du bassin voire un arthroscanner pour vérifier qu'il n'existe pas d'algodystrophie ou de microfractures.

Douleurs de la symphyse pubienne : risque de micro-fractures.

Quantification de la compression ou « impaction » de la synchondrose

Echelle SEROPP

1= Compression nulle ou peu importante :

Le praticien obtient facilement et immédiatement ou en moins de 20'' une légère décompression de la synchondrose

2= Compression moyenne :

Le praticien obtient une décompression après un laps de temps > 20'' mais toujours < 1'

3= Compression forte :

après plus d'1', le praticien obtient ou n'obtient pas de décompression

Quantification du chevauchement sutural Echelle SEROPP

0 = Aucun chevauchement sutural et ouverture suturale trop importante (distension)

Les deux os sont séparés par une membrane très large (> 1cm pour NN à terme).

Souvent conséquence d'un œdème cérébral important, voire d'une hydrocéphalie.

1 = Chevauchement sutural nul ou peu important :

Le praticien obtient facilement et immédiatement ou < 20'' un léger glissement des deux surfaces articulaires l'une par rapport à l'autre

2 = Chevauchement sutural moyen :

Le praticien obtient un léger glissement des surfaces, après un laps de temps ≥ 20'' mais <1'

Toujours <1mm

3 = Chevauchement important :

Le praticien n'obtient pas de glissement des surfaces, après un laps de temps > 1'

Toujours > 1mm et débordement sur face exocrânienne os voisin.

Bibliographie

1. Amiel-Tison, C., et E. Soyez-Papiernik. « Place de l'ostéopathie dans la correction des déformations crâniennes du nouveau-né et du jeune enfant ». Archives de Pédiatrie 15 (juin 2008): S2430
2. Amiel-Tison C. L'infirmité motrice d'origine cérébrale. Masson. 2004.
3. Amiel-Tison C., Gosselin J., Démarche clinique en neurologie du développement. Masson. 2004.
4. Amiel-Tison C., Gosselin J. Pathologie neurologique périnatale et ses conséquences. Elsevier Masson. 2010.
5. Amiel-tison C., Neurologie périnatale. Masson. 2005.
6. Bagagiolo, Donatella, Alessia Didio, Marco Sbarbaro, Claudio Priolo, Tiziana Borro et al. « Osteopathic Manipulative Treatment in Pediatric and Neonatal Patients and Disorders: Clinical Considerations and Updated Review of the Existing Literature ». American Journal of Perinatology 33, n° 11 (September 2016): 105054

7. Bourrillon A. et col. Pédiatrie. Masson. 2005
8. Brazelton T.B., Nugent J.K. Echelle de Brazelton, évaluation du comportement néonatal. Médecine et hygiène. 2001.
9. Bullinger A. Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars (tome 1). Erès. 2021.
10. Bullinger A. Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars (tome 2). Erès. 2020.
11. Cabrera-Martos, I., M. C. Valenza, G. Valenza-Demet, A. Benítez-Feliponi, C. Robles-Vizcaíno, et A. Ruiz-Extremera. « Effects of Manual Therapy on Treatment Duration and Motor Development in Infants with Severe Nonsynostotic Plagiocephaly: A Randomised Controlled Pilot Study ». *Child's Nervous System* 32, n° 11 (November 2016) 2211-17
12. Carreiro, Jane E; Lund, Gregg. 2010. «Characteristics of Pediatric Patients Seen in Medical School – Based Osteopathic Manipulative Medicine Clinics». *The Journal of the American Osteopathic Association* 110 : 376- 380
13. Carreiro J.E. An osteopathic approach to children. Churchill Livingstone Elsevier. 2009.
14. Cerritelli, Francesco; Martelli, Marta; Renzetti, Cinzia; Pizzolorusso, Gianfranco; Cozzolino, Vincenzo; Barlafante, Gina. 2014 «Introducing an osteopathic approach into neonatology ward: the NE-O model». *Chiropractic & Manual therapies*: 1-10
15. Challamel M-J. et col. Le sommeil de l'enfant. Masson. 2009.
16. Cornall D. «A review of the breastfeeding literature relevant to osteopathic practice.» *International Journal of Osteopathic Medicine* 14. 61-66. 2011.
17. Dayan J., Andro G., Dugnat M. Psychopathologie de la périnatalité. Masson. 1999.
18. De Broca A. Le développement de l'enfant, aspects neuro-psycho-sensoriels. Masson. 2006.
19. Degenhardt B.F, Kuchera M.L. 2006. « Osteopathic Evaluation and Manipulative Treatment in Reducing the Morbidity of Otitis Media: A Pilot Study ». *The Journal of the American Osteopathic Association* 106 (6) (juin).
20. Dubowitz L.M.S., Dubowitz V., Mercuri E. The neurological assessment of the preterm and full-term newborn infant. Mac Keith Press. 1999.
21. Einspieler C., Prechtl H.F.R., Bos A.F., Ferrari F., Cioni G. Prechtl's method on the qualitative assessment of general movements in preterm, term and young infants. Mac Keith Press. 2004.
22. Francoual C.,Huraux-Rendu C., Bouillié J. Pédiatrie en maternité. Flammarion. 1999.
23. Gagnon, Isabelle ; Lessard, Sylvie ; Trottier Nathalie. 2011. «Exploring the impact of osteopathic treatment on cranial asymmetries associated with nonsynostotic plagiocephaly in infants ». *Complémentary Therapies in Clinical Practice* 17 : 193- 198
24. Gold F., Aujard Y., Dehan M., Jarreau P-H., Lejeune C., Moriette G., Voyer M. Soins intensifs et réanimation du nouveau-né. Masson. 2006.
25. Golse B., Moro M-R. Le développement psychique précoce, de la conception au langage. Elsevier Masson. 2014.
26. Golse B. (Sous la direction de). Le développement affectif et intellectuel de l'enfant. Masson. 2008.
27. Gonnet C. La hanche de la femme en périnatalité. In Lalauze-Pol R Le crâne du nouveau-né Montpellier Sauramps médical 2003 Tome 2 6è partie 976-978
28. Hayes, Nathalie, M., Tood, A., & Bezilla. 2006. "Incidence of iatrogenesis Associated with osteopathic manipulative treatment of pediatric patients". *The Journal of the American Osteopathic Association* 106 (10): 605–8.
29. Hensel, Pacchia, Smith. 2013. "Acute improvement in hemodynamic control after osteopathic manipulative treatment in the third trimester of pregnancy." *Complementary Therapies in Medicine*.Volume 21 (Août): 618-626.
30. King Channell M. 2008. « Modified Muncie Technique: osteopathic manipulation for eustachian tube dysfunction and illustrative report of case » *Journal of the American Osteopathic Association* 108 (5) (mai) : 260-263.
31. Labrune P., Oriot D., Labrune B., Huault, G., (Sous la coordination de). Urgences pédiatriques (Vol 1 et 2). Estem. 2004.
32. Lalauze-Pol R. D.O., Mendizabal H.M.D., Delarozière JC. M.D. Is there any relationship between impactions, overlapping, dysmorphisms of skull seams and some neurovegetative troubles or anomalies locomotion system. *Unconventional medicine at beginning of third millennium*. European Commission; Pavia 1998 Jun: 44.
33. Lalauze-Pol R. le crâne du nouveau-né, Sauramps-Médical Montpellier 2003:248-256
34. Lalauze-Pol R. Le crâne du nouveau-né. Montpellier, Sauramps-médical 2003: 6e partie
35. Lalauze-Pol R, Lambert S, Fellus P. Bennaceur S, Elmahed M. Importance of early treatment of postural plagiocephaly, a prevention of maxilla-facial dysmorphism. *Rev Orthop Dento Facial* 2007; 41:159-174.
36. Laugier J., Rozé J-C., Siméoni U., Saliba E. Soins aux nouveau-nés, avant, pendant et après la naissance. Masson. 2006.
37. Lessard, Sylvie, Isabelle Gagnon, et Nathalie Trottier. « Exploring the Impact of Osteopathic Treatment on Cranial Asymmetries Associated with Nonsynostotic Plagiocephaly in Infants ». *Complementary Therapies in Clinical Practice* 17, n° 4 (November 2011): 193-98
38. Licciardone, John Buchanan, Steve Hensel, Kendi King, Hollis Fulda, Kimberley Stoll, Scott 2010. « Osteopathic Manipulative Treatment of Back Pain and Related Symptoms during Pregnancy: A Randomized Controlled Trial » *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 202 (1) (Janvier) : 43- 58
39. Marcelli D., Braconnier A. Adolescence et psychopathologie. Elsevier Masson. 2013.
40. Missonnier S., Blazy M., Boige N., Presse N., Tagawa O. Manuel de psychologie clinique de la périnatalité. Elsevier Masson. 2012.
41. Morin, Chantal, Johanne Desrosiers, et Isabelle Gaboury. « Descriptive Study of Interprofessional Collaboration between Physicians and Osteopaths for the Pediatric Population in Quebec, Canada ». *BMC Health Services Research* 17, n° 1 (December 2017)
42. Pratt-Harrington D. 2000. « Galbreath technique: a manipulative treatment of otitis media revisited » *The Journal of the American Osteopathic Association* 100 (10) (octobre) : 635-639.
43. Pizzolorusso G., Cerritelli F., D'Orazio M., Cozzolino V., Turi P., Renzetti C, Barlafante G., and D'Incecco C. 2013. "Osteopathic Evaluation of Somatic Dysfunction and Craniosacral Strain Pattern among Preterm and Term Newborns". *The Journal of the American Osteopathic Association* 113 (6): 462–67.
44. Posadzki P., Lee M.S. et Ernst E., 2013. (Abstract) "Osteopathic Manipulative Treatment for Pediatric Conditions: A Systematic Review." *Pediatrics* 132 (1): 140–52
45. Puch C. Doit-on faire une VME en ostéopathie. Lalauze-Pol R. Le crâne du nouveau-né. Montpellier, Sauramps-médical 2003: Tome 2, 6e partie:972-974.
46. Roussennac Magali Le Reflux gastro-oesophagien du nourrisson en médecine générale : Stratégie diagnostique et thérapeutique Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine
47. Saliba E. (Sous la collaboration de). Néonatalogie : bases scientifiques. Elsevier Masson. 2017
48. Sandler S. Osteopathy and obstetrics. Anshan. 2012.

49. Schaal J-P. et col.,. Mécanique et techniques obstétricales. Sauramps médical. 2007.
50. Sergueef, Nicette, Kenneth E. Nelson, et Thomas Glonek. « Palpatory Diagnosis of Plagiocephaly ». *Complementary Therapies in Clinical Practice* 12, n° 2 (May 2006): 10110
51. Sizun J., Guillois B., Casper C., Thiriez G., Kuhn P. (Sous la direction de). *Soins de développement en période néonatale, de la recherche à la pratique*. Springer. 2014.
52. Steele K.M, Carreiro J. E, Viola J. H, Conte J. A, Ridpath L.C. 2014. « Effect of Osteopathic Manipulative Treatment on Middle Ear Effusion Following Acute Otitis Media in young children: a pilot study » *The Journal of the American Osteopathic Association* 114 (6) (juin) : 436-447
53. Stone C.A. *Visceral and obstetric osteopathy*. Churchill Livingstone Elsevier. 2007.
54. Twycross A., Moriarty A., Betts, T. *Prise en charge de la douleur chez l'enfant, une approche multidisciplinaire*. Masson. 2002.
55. Waddington E.L., Snider K.T., Lockwood M.D., and Pazdernik V.K. 2015. "Incidence of Somatic Dysfunction in Healthy Newborns". *Journal of American Osteopathic Association*, Nov; 115(11):654- 65