



Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes

**Prise en charge ostéopathique du
nouveau-né : état des lieux et
perspective sur la collaboration entre
ostéopathe et professionnels
médicaux**

**PEREIRA
Marine**

**Promotion 16
Année 2020-2024**



Bretagne Ostéopathie SARL.
Parc Monier - Bât Artémis - 167A, Rue de Lorient • 35000 RENNES • Tél. : 02 99 36 81 93 • Fax : 02 99 38 47 65
www.bretagne-osteopathie.com • contact@bretagne-osteopathie.com
CODE APE 8559A - N° Siret 504 423 302 00026 - Agrément Ministériel N° 2015-07
Déclaration d'activité enregistrée sous le n°53350846435 auprès du préfet de la région Bretagne. (Ce n° ne vaut pas agrément de l'état).

REMERCIEMENTS

Ce mémoire signe l'accomplissement de cette magnifique aventure mais ô combien difficile. Il aura fallu accepter de descendre pour avancer et je tiens à remercier toutes ces personnes qui m'ont accompagné.

Mes sincères remerciements s'adressent à l'ensemble de l'équipe pédagogique de Bretagne Ostéopathie et plus particulièrement à Christelle Ruello et Hélène Duval.

Un grand merci à Valérie Charton, pour m'avoir fait confiance et pour sa disponibilité durant ce travail, toujours avec bienveillance.

A mon amie, Astrid pour son soutien durant ces quatre années, pendant toute la rédaction de ce travail et qui a su m'apporter un avis critique bénéfique pour cet écrit.

Merci à ma famille pour leur soutien, leur encouragement et leur présence tout au long de cette aventure.

Merci à mes amis de promotion pour leur présence et nos souvenirs. C'est avec eux que j'ai partagé mes doutes mais aussi de merveilleux moments durant ces quatre années de formation.

Je tiens aussi à remercier l'ensemble des médecins généralistes, pédiatres et sages-femmes qui ont accepté de participer à mon questionnaire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1 Contexte et justification de l'étude	1
2 Problématique	2
3 Objectifs de l'étude	3
CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL	4
4 Le nouveau-né.....	4
4.1 <i>Définition du nouveau-né et ses caractéristiques spécifiques</i>	4
4.2 <i>Les compétences innées du nouveau-né et son adaptation à l'environnement</i>	4
4.3 <i>Les réflexes archaïques du nouveau-né</i>	5
5 Cadre réglementaire de l'ostéopathie chez le nouveau-né.....	6
5.1 <i>Statut et controverses autour de l'ostéopathie à visée pédiatrique en France</i>	6
5.2 <i>Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)</i>	7
5.3 <i>Spécificité du traitement ostéopathique chez les nouveaux-nés</i>	7
6 L'ostéopathie structurelle.....	8
7 La prise en charge du nouveau-né en ostéopathie structurelle	9
7.1 <i>Anamnèse</i>	9
7.1.1 Le déroulement de la grossesse	9
7.1.2 Le déroulement de l'accouchement et la naissance	10
7.1.3 Le post-partum	10
7.2 <i>Examen clinique ostéopathique du nouveau-né</i>	11
7.2.1 Le crâne du nouveau-né	11
7.2.2 La face du nouveau-né	17
7.2.3 Le cou du nouveau-né	22
7.2.4 L'abdomen du nouveau-né	24
7.2.5 Les membres du nouveau-né	26
7.3 <i>Les contre-indications à la prise en charge ostéopathique du nouveau-né</i>	28

8	Les enjeux de la collaboration entre médecins généralistes, pédiatres, sages-femmes et ostéopathes dans le traitement du nouveau-né	29
8.1	<i>Le rôle des pédiatres et médecins généralistes dans la prise en charge du nouveau-né</i>	29
8.2	<i>Le rôle des sages-femmes dans la prise en charge des nouveaux-nés ...</i>	31
8.3	<i>La communication en pluridisciplinarité.....</i>	33
9	Problématique de recherche et hypothèse.....	35
10	Méthode de l'étude	35
10.1	<i>Type d'étude : enquête quantitative par questionnaire</i>	35
10.2	<i>Population cible : médecins généralistes, pédiatres et sages-femmes</i>	35
10.3	<i>Conception du questionnaire.....</i>	36
10.4	<i>Taux de participations</i>	36
11	Résultats de l'étude	37
11.1	<i>Analyse descriptive et interprétation des données recueillies.....</i>	37
11.1.1	<i>Profil et connaissances des professionnels de santé sur l'ostéopathie du nouveau-né.....</i>	37
11.1.2	<i>Pratiques et perceptions des professionnels de santé concernant l'ostéopathie chez les nouveau-nés</i>	52
11.1.3	<i>Formation et collaboration</i>	62
12	Discussion	68
12.1	<i>Synthèse des résultats</i>	68
12.2	<i>Limites de l'étude</i>	72
12.3	<i>Projection professionnelle</i>	73
	CONCLUSION	75
	BIBLIOGRAPHIE.....	76
	ANNEXES	81

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Les fontanelles et sutures crâniennes du nouveau-né d'après children's health quennsland.

Figure 2 : Les deux formes de plagiocéphalie illustrées de façon schématique en vue du dessus par Cyrille Martinet.

Figure 3 : Brachycéphalie postérieure positionnelle illustrée de façon schématique en vue du dessus par Cyrille Martinet.

Figure 4 : Croissance de la face osseuse d'un nouveau-né par rapport à celle d'un adulte d'après D. Sinclair.

Figure 5 : Classification des répondants en fonction de leurs professions.

Figure 6 : Répartition des professionnels de santé en fonction du nombre d'années d'expériences.

Figure 7 : Répartition des professionnels de santé en fonction de leur lieu d'exercice.

Figure 8 : Présence des ostéopathes en service de maternité.

Figure 9 : Réponses des professionnels de santé sur le droit des ostéopathes à traiter des nouveau-nés.

Figure 10 : Niveau de connaissances des professionnels de santé sur l'ostéopathie du nouveau-né.

Figure 11 : Corrélation entre l'expérience des professionnels de santé et leurs connaissances sur l'ostéopathie des nouveau-nés.

Figure 12 : Connaissance des champs de compétences de l'ostéopathe par les professionnels de santé.

Figure 13 : Vision de l'ostéopathie chez le nouveau-né par les professionnels de santé.

Figure 14 : Confiance des professionnels de santé envers les ostéopathes professionnels de santé spécialisés en périnatalité.

Figure 15 : Communication autour de l'ostéopathie chez le nouveau-né entre les parents et les professionnels de santé.

Figure 16 : Orientation des nouveau-nés par les professionnels de santé vers un ostéopathe.

Figures 17 & 18 : Corrélation entre l'orientation des nouveau-nés par les professionnels de santé vers un ostéopathe et leurs connaissances sur les champs de compétences de cette pratique.

Figure 19 : Retours des parents suite à une séance d'ostéopathie.

Figure 20 : Consultation ostéopathique sans avis médical : retour des professionnels de santé.

Figure 21 : Intérêt de la collaboration interprofessionnelle avec des ostéopathes dans le suivi des nouveau-nés.

Figure 22 : Participation à un atelier ou formation courte sur l'ostéopathie : avis des professionnels de santé.

Figure 23 : Connaissances sur l'ostéopathie chez les nouveau-nés en formation initiale et continue : avis des professionnels de santé.

Figure 24 : Intérêt d'une rencontre avec un ostéopathe pour échanger sur la prise en charge du nouveau-né.

ABRÉVIATIONS

HAS : Haute Autorité de Santé
RTAC : Réflexe Tonique Asymétrique du Cou
MFOS : Modèle Fondamental de l'Ostéopathie Structurale
LTR : Lésion Tissulaire Réversible
DCP : Déformations Crâniennes Positionnelles
PP : Plagiocéphalie Positionnelle
BPP : Brachycéphalie Postérieure Positionnelle
PFO : Plagiocéphalie Fronto-Occipitale
PO : Plagiocéphalie Occipitale
ATM : Articulations Temporo-Mandibulaires
MIN : Mort Inopinée du Nourrisson
RGO : Reflux Gastro Œsophagien
TMC : Torticolis Musculaire Congénital
SCOM : Sterno-Cleïdo-Occipito-Mastoïdien
TP : Torticolis Positionnel
IBCLC : International Board Certified Lactation Consultant
PMI : Protection Maternelle Infantile
CAMSP : Centre d'Action Médico-Social Précoce
CHU : Centre Hospitalier Universitaire

INTRODUCTION

1 Contexte et justification de l'étude

Le recours à l'ostéopathie est de plus en plus adopté par les parents pour leur nouveau-né. Selon une étude [1] de 2017 publiée dans la revue scientifique « *Journal of Manual & Manipulative Therapy* », l'utilisation de l'ostéopathie chez les nouveau-nés a augmenté ces dernières années. L'étude a été menée auprès de 538 sages-femmes et a révélé que 42 % des nouveau-nés avaient été vus par un ostéopathe au cours de leur première année de vie, contre 25 % en 2008.

Je m'aperçois également que les structures hospitalières intègrent de plus en plus l'ostéopathie à l'offre de soin. En effet, après plus de 10 ans d'expérience, en tant qu'infirmière puéricultrice au sein de plusieurs maternités, l'introduction de consultations d'ostéopathie pour les nouveau-nés est récente. Elle est pratiquée pour soulager certains maux des bébés tels que les coliques, le reflux gastro-œsophagien, des problèmes de suctions ou encore lors d'une naissance difficile, surtout s'il y a eu besoin d'une assistance médicale telle qu'une césarienne ou une instrumentalisation à l'accouchement (forceps, ventouse ou spatules). Ces situations peuvent entraîner des contraintes physiques sur le nouveau-né.

L'ostéopathie est une pratique qui suscite un intérêt croissant chez les parents de nouveau-nés cherchant des options de soins alternatives pour leurs enfants. Cependant, bien que l'ostéopathie soit de plus en plus populaire auprès des parents, les avis des médecins généralistes, pédiatres et sages-femmes sur cette pratique restent mitigés.

En effet, selon une étude rédigée en 2018 par l'Institut de Veille Sanitaire en France [2], les professionnels de santé interrogés ont indiqué que 37% des parents ont sollicité leur avis concernant l'ostéopathie chez les nouveau-nés. Les médecins étaient les professionnels de santé les plus consultés pour obtenir des conseils. La majorité des professionnels de santé ont déclaré être neutres vis-à-vis de l'ostéopathie chez les nouveau-nés et ont souligné le besoin de plus de preuves scientifiques pour appuyer son efficacité.

A travers cette étude, on s'aperçoit bien de l'importance des médecins dans l'orientation des patients vers l'ostéopathie.

Une autre étude [3] en 2016 avait pour objectif d'évaluer la connaissance et les pratiques des médecins généralistes français en matière de prise en charge ostéopathique des nourrissons. Les auteurs ont mené une enquête transversale auprès de 164 médecins généralistes dans une région du sud-ouest de la France. Les résultats de l'étude ont montré que la plupart des médecins interrogés avaient une connaissance insuffisante de l'ostéopathie chez les nourrissons. Seulement 38% des médecins ont déclaré avoir une bonne connaissance des

indications de l'ostéopathie chez les nourrissons, tandis que 58% ont déclaré une connaissance moyenne et 4% ont déclaré une faible connaissance. En outre, la plupart des médecins n'avaient jamais orienté un nourrisson vers un ostéopathe, avec seulement 17% des médecins ayant orienté des parents à consulter un ostéopathe pour leur nourrisson.

Les auteurs ont conclu que la connaissance des médecins généralistes en matière de prise en charge ostéopathique chez les nourrissons était insuffisante, soulignant la nécessité d'une meilleure formation pour les médecins généralistes sur cette pratique. Les auteurs ont également noté que les ostéopathes devraient collaborer davantage avec les professionnels de santé pour améliorer leur connaissance et leur compréhension de cette pratique, ainsi que pour renforcer la coordination des soins pour les nourrissons.

2 Problématique

Riche de mon expérience professionnelle mais aussi des études, livres et articles que j'ai pu lire, j'aimerais approfondir cette observation et en faire la problématique de mon travail de recherche.

J'aimerais connaître le ressenti et les connaissances des médecins généralistes, pédiatres et sages-femmes par rapport à l'ostéopathie chez le nouveau-né.

- Les médecins généralistes, pédiatres et sages-femmes connaissent-ils les champs de compétences de l'ostéopathie pour la prise en soin d'un nouveau-né ?
- Sont-ils en mesure d'orienter les parents et leur nouveau-né vers l'ostéopathie ?
- Dans quelle mesure les médecins généralistes, pédiatres et sage-femmes sont-ils informés sur les indications et les contre-indications de l'ostéopathie chez les nouveau-nés ?
- Comment les médecins généralistes, pédiatres et sages-femmes perçoivent-ils l'ostéopathie chez les nouveau-nés ?
- Quels sont les critères utilisés par les médecins généralistes, pédiatres et sages-femmes pour orienter un nouveau-né vers un ostéopathe ?

A partir de ces questions, la problématique centrale qui se dégage est la suivante :

Comment les connaissances des médecins généralistes, pédiatres et sages-femmes affectent-elles l'orientation des nouveau-nés vers l'ostéopathe ?

3 Objectifs de l'étude

Il me semble important de comprendre le point de vue des médecins généralistes, pédiatres et sages-femmes, qui sont des partenaires centraux de la périnatalité, sur l'ostéopathie chez le nouveau-né, afin d'identifier les raisons de leurs réticences. Les résultats de cette étude pourraient m'aider à mieux comprendre leurs perceptions à l'égard de l'ostéopathie chez le nouveau-né et à identifier les domaines dans lesquels une collaboration entre les ostéopathes et les médecins pourrait être bénéfique pour les patients. Cette étude permettrait également de mieux comprendre les compétences et les limites de l'ostéopathie dans la prise en charge de certains maux chez le nouveau-né.

Tout d'abord, il me semble essentiel d'approfondir notre cadre théorique en abordant la prise en charge en ostéopathie structurelle du nouveau-né et détailler ces grandes notions.

CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL

4 Le nouveau-né

4.1 Définition du nouveau-né et ses caractéristiques spécifiques [4]

Dans le cadre de cette étude, le terme « nouveau-né » fait référence à l'enfant âgé de 0 à 28 jours après la naissance. La définition précise utilisée dans cette étude permet de se concentrer spécifiquement sur les besoins et les caractéristiques de l'enfant au cours de son premier mois de vie.

En effet, le nouveau-né est un individu adaptatif, qui doit faire face à des changements majeurs lors de la naissance en passant d'un milieu liquide intra-utérin au monde extérieur. Cette transition implique la cessation de la circulation placentaire, marquant le début des premières respirations. Le passage de l'état quasi-impesanteur à un état de pesanteur et de l'alimentation continue via le cordon ombilical à une alimentation discontinue par succion active représente une adaptation fondamentale. Le nouveau-né entame alors une étape de transition majeure au cours de laquelle il s'adapte à ses nouvelles conditions de vie, en effectuant des changements physiologiques, métaboliques, énergétiques et sensoriels importants.

4.2 Les compétences innées du nouveau-né et son adaptation à l'environnement [5]

Le nouveau-né, bien que dépendant, est également doté de compétences innées qui le préparent à interagir avec le monde extérieur. L'adaptation du nouveau-né à son environnement est un processus clé, impliquant la régulation de la température corporelle, l'alimentation, le sommeil, la sensibilité sensorielle et les interactions sociales. Grâce à la continuité sensorielle, le nouveau-né démontre un comportement instinctif basé sur l'interaction et l'activation de ses réflexes nutritionnels. L'accueil du nouveau-né en salle de naissance devrait idéalement respecter les besoins physiologiques et émotionnels du nouveau-né et de sa mère, sans omettre leur vulnérabilité clinique à tous les deux pendant cette période d'adaptation.

Les heures qui suivent la naissance sont une fenêtre d'opportunité extraordinaire : le cerveau du nouveau-né est parfaitement préparé, apprêté à recevoir des expériences sensorielles destinées à favoriser la poursuite de son développement optimal.

Durant le premier mois de vie, le nouveau-né conserve la position fœtale, avec un tonus en flexion prédominant. La régulation céphalo-caudale du tonus se met en place progressivement. Le toucher se manifeste comme l'un des premiers moyens de communication chez le nouveau-né. En effet, les mouvements, les changements de position, les bercements, les massages et le portage participent à son développement sensoriel et vestibulaire. [6]

La communication non-verbale devient cruciale pour le nouveau-né, avec des compétences telles que les expressions faciales, les mouvements corporels et les vocalisations, qui facilitent l'expression des besoins et l'établissement du lien.

Les compétences sensorielles, telles que la vision et l'ouïe, se développent rapidement, permettant au nourrisson de passer d'une vision floue à la capacité de discerner des formes et une ouïe fonctionnelle dès la naissance. Les compétences motrices évoluent rapidement, passant des mouvements involontaires à des gestes intentionnels, marquant le début du développement moteur du nouveau-né.

4.3 Les réflexes archaïques du nouveau-né [6]

On observe des réflexes innés chez le nouveau-né qu'on appelle des réflexes archaïques. Ils sont automatiques, stéréotypés et témoignent de l'intégrité neurologique sous-corticale du nouveau-né. Leur présence est normale à la naissance, mais leur disparition physiologique se produit au cours des premiers mois de vie, coïncidant avec le développement cortical.

Au cours des premiers mois, le cerveau du nourrisson est influencé principalement par le système inférieur, évoluant ensuite vers le système supérieur. La marche automatique et le réflexe de Moro sont autant de manifestations de cette maturation neurologique.

La marche automatique se déclenche lorsque l'enfant se trouve en position debout avec les pieds à plat sur la table d'examen. Une inclinaison vers l'avant du tronc déclenche des mouvements alternés des membres inférieurs, permettant quelques pas.

Le réflexe de Moro se caractérise par une abduction des membres supérieurs accompagnée d'une extension de l'avant-bras sur le bras, une ouverture des mains, et éventuellement un cri. Ce réflexe est déclenché par un changement brusque de la position de la tête, impliquant une extension de la nuque. Il peut être induit en relâchant soudainement l'enfant soulevé par les poignets ou le haut du dos en appui dans la main du professionnel de santé par exemple.

Le Réflexe tonique asymétrique du cou (RTAC) [6], également connu sous le nom de « *réflexe de l'esgriméur* » est aussi intéressant à connaître. Il reflète l'intégration neurologique, se manifestant vers les 18 semaines in utero et atteignant sa pleine intégration vers l'âge de 6 mois. Le réflexe tonique asymétrique du cou (RTAC) est induit par une rotation de la tête, provoquant une extension des membres supérieurs et inférieurs du côté où l'enfant tourne son regard. Ceci est accompagné d'une flexion des membres controlatéraux, adoptant ainsi une posture d'archer ou d'esgriméur. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), une perturbation du RTAC, est identifié comme un facteur de risque de déformations crâniennes positionnelles. D'autres réflexes sont présents chez le nouveau-né comme le réflexe de succion, le grasping, (flexion et fermeture des doigts en réponse à la stimulation de la face palmaire) et au pied (flexion des orteils en réponse à la stimulation du premier espace interosseux de la face plantaire), le réflexe de frouissement, d'agrippement et le réflexe cutané plantaire. En effet, la stimulation de la plante du pied le long de son bord externe (du talon vers les orteils) entraîne la flexion du gros orteil.

Leur présence et leur disparition suivent des étapes spécifiques du développement de l'enfant, et leur observation permet aux professionnels d'évaluer le développement neurologique normal du nouveau-né.

Cette compréhension approfondie du nouveau-né revêt une importance cruciale pour aborder efficacement l'ostéopathie chez ce petit patient.

5 Cadre réglementaire de l'ostéopathie chez le nouveau-né

5.1 Statut et controverses autour de l'ostéopathie à visée pédiatrique en France

En France, l'ostéopathie est considérée comme une profession autonome, distincte de la médecine et de la kinésithérapie. Les ostéopathes français sont autorisés à traiter des patients sans prescription médicale. Ils sont des praticiens de première intention, c'est-à-dire que les patients peuvent les consulter directement, sans ordonnance.

Cependant, l'ostéopathie reste controversée. Certains professionnels de la santé considèrent que l'ostéopathie manque d'éléments scientifiques solides pour étayer ses théories et ses pratiques et d'autant plus lorsqu'il s'agit de prendre en soin des nouveau-nés.

Effectivement, les preuves scientifiques disponibles sont insuffisantes pour permettre une recommandation claire de l'ostéopathie. [7]

5.2 Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)

Dans ses directives, la HAS déclare : « *Actuellement les données scientifiques ne permettent pas de recommander l'ostéopathie. Une approche ostéopathique à orientation pédiatrique peut être associée à la kinésithérapie en deuxième intention dans le cadre d'une prise en charge pluri professionnelle* ». [7]

Néanmoins, la HAS évoque dans ses recommandations sur la prévention des déformations crâniennes positionnelles et la mort inattendue du nourrisson, les « *professionnels concernés par le thème* » [7] et mentionne l'ostéopathe, reconnaissant ainsi son rôle important dans ce domaine. Cette reconnaissance marque une avancée significative concernant l'ostéopathie chez le nouveau-né.

En effet, la prise en charge ostéopathique des nouveau-nés est une pratique de plus en plus courante dans de nombreux pays. La HAS souligne l'importance pour l'ostéopathe d'avoir une « *orientation pédiatrique* », signifiant qu'il doit être formé et expérimenté dans le traitement des nourrissons afin de garantir une prise en charge optimale. Il semble donc primordial que les ostéopathes qui traitent des nouveau-nés doivent posséder des compétences spécialisées, allant de la compréhension approfondie de l'enfant à la communication adaptée avec les parents mais également avec les différents professionnels de santé qui gravitent autour de l'enfant et sa famille. Une formation spécialisée pour prendre en charge l'enfant est donc un réel questionnement afin de légitimer d'avantage la profession d'ostéopathe auprès des professions médicales.

5.3 Spécificité du traitement ostéopathique chez les nouveaux-nés

Conformément à l'article 3, II, du décret N°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et conditions d'exercice de l'ostéopathie [8], les praticiens ostéopathes sont autorisés à pratiquer des manipulations du crâne, de la face et du rachis chez les nourrissons de moins de six mois, à condition d'avoir obtenu au préalable un certificat médical attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie.

Selon Pierre-Luc L'Hermite, ostéopathe et docteur en droit, la législation fait référence à des manipulations, impliquant des gestes avec des impulsions. [9]

Cependant, il souligne que la prise en charge ostéopathique ne se limite pas à des manipulations, mais englobe également des mobilisations, comprenant des mouvements passifs, répétitifs, d'amplitude et de vitesse variable.

Le traitement ostéopathe des nourrissons de moins de 6 mois ne nécessite donc pas de tel certificat, si aucune manipulation n'est réalisée mais bien des mobilisations.

6 L'ostéopathie structurale [10]

L'ostéopathie est une thérapie manuelle globale qui se base sur des connaissances anatomiques et physiologiques. Nous nous intéressons dans ce travail à l'ostéopathie structurale. L'ostéopathie structurale se concentre sur la restauration des qualités mécaniques des tissus conjonctifs et vise à traiter les Lésions Tissulaires Réversibles (LTR). Selon le Modèle Fondamental d'Ostéopathie Structurale (MFOS), la LTR est définie comme une perte de souplesse et d'élasticité du tissu conjonctif [10]. Une modification de l'état circulatoire d'un tissu conjonctif conduit progressivement à une modification de ses qualités de souplesse et d'élasticité. La LTR a 3 caractéristiques qui nous permettent de l'identifier : « *GROS, DUR ET SENSIBLE QUAND ON Y TOUCHE* » [10].

En effet, lorsque la structure est moins sollicitée, elle requiert moins de besoins énergétiques donc moins d'échanges liquidiens. Si cela persiste dans le temps, la LTR s'installe et perturbe ainsi la fonction.

Les ostéopathes structurels investiguent et cherchent à corriger ces lésions afin de rétablir l'équilibre mécanique du corps. L'objectif est donc de relancer la vascularisation des tissus pour restaurer leur souplesse et leur élasticité, permettant ainsi la récupération de la fonction. La perte de mobilité articulaire est une conséquence de ces LTR, mais le traitement ne vise pas à obtenir un gain d'amplitude de mouvement.

L'ostéopathe structurel, à l'aide d'outils mécaniques, agit sur les tissus conjonctifs par voies réflexes, sans déplacer les structures osseuses au-delà de leurs positions habituelles.

« *Plus question de déplacer un objet au-delà d'une position habituelle, ce qui confère une dimension hautement sécuritaire à notre geste* » [10].

Il semble important de préciser que le champ d'application de l'ostéopathie est celui des pathologies fonctionnelles « réversibles », c'est à dire sans altération organique.

L'ostéopathe intervient uniquement dans son domaine de compétence **mécanique** et il réoriente lorsque les symptômes constatés relèvent d'un autre domaine de soin (médical, nutritionnel, énergétique, émotionnel...). Par exemple, lorsqu'un enfant présente une malformation congénitale ou une pathologie neurologique, ce n'est pas du ressort de l'ostéopathie. L'investigation des LTR doit toujours être cohérente avec la symptomatologie du patient. Chaque soin sera donc unique en fonction de la plainte et des LTR trouvées et traitées sur la base des variables de régulation mécaniques, neurologiques et vasculaires.

Il est donc intéressant de voir le nouveau-né rapidement après la naissance pour permettre de lever des lésions ostéopathiques réversibles installées au cours de la grossesse. Il en résultera une optimisation maximale du potentiel du nouveau-né.

En s'appuyant sur notre modèle fondamental, on pourrait comprendre que ces densités sont l'expression de lésions ostéopathiques tissulaires, responsables de certaines restrictions articulaires ou tissulaires. Libérer ces blocages permet de rétablir l'équilibre mécanique du corps afin qu'il puisse s'adapter correctement aux différentes contraintes internes ou environnementales qu'il subit.

7 La prise en charge du nouveau-né en ostéopathie structurelle [11]

La première étape lors d'une consultation d'ostéopathie est de faire une anamnèse. Il est important de questionner les parents sur différents points qui semblent essentiels à la prise en charge de l'enfant.

7.1 Anamnèse [6]

7.1.1 Le déroulement de la grossesse

Cette phase de l'anamnèse vise à détecter d'éventuelles contraintes subies par le fœtus, limitant son espace et sa mobilité. Nous recherchons des facteurs de risque : une grossesse gémellaire, présentation de l'enfant en siège, un oligoamnios (une insuffisance de liquide amniotique par rapport à l'état d'avancement de la grossesse) et un allongement prolongé de la femme enceinte pour menace d'accouchement prématuré, peut également indiquer des contraintes potentielles sur le fœtus.

Effectivement, comme mentionné précédemment, l'ostéopathe structurel traite localement une altération de la souplesse et de l'élasticité du tissu conjonctif, appelée LTR. Dans la prise en charge structurelle, l'ostéopathie peut être proposée à la femme enceinte afin de libérer les LTR auxquelles est soumis l'utérus et par conséquent entraînera des modifications sur le fœtus. La capacité de souplesse et d'élasticité de l'utérus et des différents tissus environnants devra être optimale pour que le développement et les mouvements du fœtus ne soient pas perturbés. Il convient de souligner que les manipulations n'agissent pas sur la position intra-utérine du bébé, mais elles agissent sur la souplesse des tissus de la mère et donc sur la diminution des pressions s'exerçant sur le fœtus.

7.1.2 Le déroulement de l'accouchement et la naissance

Le déroulement de l'accouchement est également un élément indispensable à investiguer lors de l'anamnèse. Cela permet de mettre en évidence d'éventuelles contraintes sur le fœtus pendant l'accouchement. La prématurité, un accouchement par voie basse instrumentalisé avec l'utilisation de forceps, ventouse ou spatules, le recours à une césarienne (programmée ou en urgence), la durée du travail (phase active et phase d'expulsion), la présentation par le sommet ou par le siège et l'utilisation d'une analgésie péridurale sont des éléments importants à explorer.

L'expérience de l'accouchement pour les parents est importante à prendre en considération. Les émotions ressenties par la mère pendant le travail et l'accouchement peuvent influencer leur expérience globale et leur capacité à établir un lien avec leur bébé.

De même, le déroulement de la naissance, notamment la présence d'éventuelles complications ou interventions médicales, peut avoir des répercussions sur les sentiments des parents. Des naissances plus difficiles ou imprévues peuvent entraîner des niveaux de stress plus élevés et des sentiments de vulnérabilité chez les parents.

Dans le contexte de notre séance, il est essentiel de reconnaître et de prendre en compte les expériences émotionnelles des parents pendant l'accouchement. Leur ressenti peut fournir des informations précieuses sur leur état émotionnel et leur niveau d'anxiété, ce qui peut influencer la manière dont nous abordons notre travail avec eux et leur bébé. En comprenant leur vécu, nous pouvons adapter notre approche pour offrir un soutien émotionnel et un accompagnement approprié à la fois aux parents et à leur nouveau-né et pouvoir les orienter vers des professionnels compétents si nécessaire.

7.1.3 Le post-partum

Comment cela se passe-t-il depuis la naissance ?

Cette partie se concentre sur le comportement quotidien de l'enfant. Des questions ciblées sur le mode d'alimentation (allaitement maternel ou biberon), sur la digestion (régurgitations, coliques), sur le sommeil, l'éveil et la motricité. C'est le moment opportun d'interroger les parents : quels sont les éléments qu'ils ont observés chez leur enfant ? Quelles sont leurs attentes vis-à-vis de la séance ?

Par exemple pour aborder d'éventuels problèmes liés à l'alimentation du nouveau-né, il est essentiel de poser certaines questions clés :

Le bébé est-il alimenté au sein ou au biberon ?

L'enfant a-t-il une prise pondérale satisfaisante ?

En cas d'allaitement maternel, il convient d'interroger s'il y a des douleurs chez la mère et de quel type, une difficulté plus marquée à la prise d'un sein, l'existence de crevasses, des engorgements mammaires, mastites, une déformation du mamelon en fin de tétée, des fuites de lait lors de la tétée, des bruits de bouche constatés lors de la succion ?

En cas d'alimentation au biberon, y'a-t-il des fuites de lait lors de la prise des biberons, un hoquet excessif ? Est-ce que le biberon est donné toujours sur le même bras ? La présence de régurgitations ?

Lors de notre anamnèse, il est également important de s'intéresser à l'environnement familial. L'endroit où l'enfant est posé lorsqu'il n'est pas porté, le recours au portage, le mode de garde mais aussi l'état émotionnel des parents.

La dépression du post-partum est une préoccupation importante en santé maternelle. La prévalence [12] de la dépression post-partum est estimée à 10 à 20% des femmes après l'accouchement. Il semble important en tant qu'ostéopathe d'y être sensibilisé et d'orienter les femmes qui peuvent en souffrir, car la dépression post-partum peut avoir des conséquences néfastes sur la santé maternelle, le développement de l'enfant et la dynamique familiale dans son ensemble. Cette approche globale permet de prendre en charge de manière individualisée chaque couple parent(s)-enfant.

Après l'anamnèse, nous procédons à un examen clinique approfondi du nouveau-né. Au début de la consultation, une observation générale est réalisée pour évaluer sa posture et sa mobilité. Cette évaluation visuelle permet de détecter d'éventuelles limitations de mouvements en observant les réactions spontanées du nouveau-né.

Ensuite, nous entreprenons une exploration détaillée de l'enfant, incluant l'examen du crâne, du visage, du cou, de la région abdominale, ainsi que des membres supérieurs et inférieurs.

Dans les prochaines sections, nous détaillerons spécifiquement chaque aspect de cet examen clinique avec les pathologies les plus courantes chez le nouveau-né afin de fournir une compréhension complète lors de la consultation ostéopathique.

7.2 Examen clinique ostéopathique du nouveau-né

7.2.1 Le crâne du nouveau-né [13] [14]

La structure de la voûte crânienne est composée de plaques osseuses délimitées par des sutures et séparées par des fontanelles. Sa croissance principale se déroule principalement

au cours des deux premières années de vie, avec une croissance continue, bien que plus lente, jusqu'à environ l'âge de sept ans. Elle est constituée du frontal (partie supérieure), de l'occipital, des deux pariétaux et des deux temporaux (écailles).

Chaque os continue de croître de son centre vers sa périphérie, laissant des espaces entre eux. Ces os sont reliés par des sutures et des fontanelles, qui servent de points de jonction entre les différentes parties de la voûte crânienne.

Les fontanelles sont au nombre de six :

- **La fontanelle postérieure**, située entre la suture sagittale et la suture lambdoïde. Selon la littérature, cette fontanelle se referme généralement rapidement, vers l'âge de deux à trois mois après la naissance. Cette fermeture rapide souligne l'importance d'une prise en charge ostéopathique précoce chez les nouveau-nés présentant une plagiocéphalie positionnelle postérieure. Ceci vise à optimiser les résultats en modifiant les contraintes exercées sur l'occiput et en corrigeant la déformation crâniale qui en découle. Nous explorerons cette notion plus en détail dans la section suivante.

- **La fontanelle antérieure** située entre la suture coronale et la suture sagittale. Cette fontanelle se referme définitivement vers 18 mois.

- **Les fontanelles sphénoïdales et mastoïdiennes** qui sont présentes de chaque côté du crâne.

Pour une meilleure compréhension, un schéma ci-dessous des sutures et fontanelles du crâne du nouveau-né.

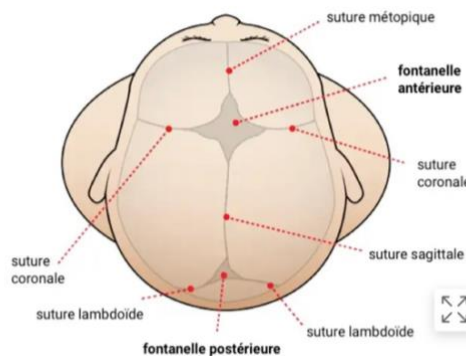


Figure 1 : Les fontanelles et sutures crâniennes du nouveau-né d'après children's health quennsland.

La malléabilité du crâne du nouveau-né revêt une importance cruciale. Lors de l'accouchement, le passage de la tête du bébé à travers le détroit pelvien de la mère soumet la tête du fœtus à d'importantes pressions, résultant des contractions utérines et du contact avec les os du bassin maternel. Les sutures et les fontanelles jouent un rôle essentiel en

permettant le chevauchement des os pendant l'accouchement. Cela réduit le diamètre de la tête, limite les traumatismes obstétricaux et facilite l'expulsion du nouveau-né.

Ces sutures se ferment progressivement, processus appelé synostose, selon un ordre spécifique à partir de la troisième année de vie. Généralement, la synostose se produit dans l'ordre suivant : suture métopique, suture interpariétale, suture coronale, suture lambdoïde et sutures pariéto-temporales. De plus, le crâne du nouveau-né doit être capable de s'adapter à la croissance du cerveau tout en amortissant les forces externes dues à la gravité.

Une exploration détaillée du crâne est donc essentielle pour détecter d'éventuels traumatismes et déformations. Ces anomalies peuvent être causées pendant la grossesse, l'accouchement ou les premières semaines/mois de vie, résultant de contraintes externes qui entraînent un développement non harmonieux du crâne. Nous allons à présent développer les principales anomalies crâniennes observées chez le nouveau-né, qui relèvent d'une prise en charge ostéopathique.

7.2.1.1 Bosse sérosanguine et céphalématome

Lors de l'anamnèse, les traumatismes obstétricaux affectant le crâne de l'enfant ont été évoqués, mais il est important de rechercher la présence éventuelle d'un céphalématome ou d'une bosse séro-sanguine sur le crâne du nouveau-né, ce qui pourrait entraver sa mobilité spontanée. Une bosse séro-sanguine est causée par un traumatisme pendant l'accouchement, se présentant comme une tuméfaction sous-cutanée composée de liquide séreux et de sang, situé au-dessus du périoste. Son apparition est immédiate après l'accouchement et sa régression est rapide. En revanche, un céphalématome, également dû à un traumatisme à la naissance, est un hématome sous le périoste, apparaissant quelques jours après la naissance et régressant lentement. Ainsi, il est possible d'établir un lien direct entre les traumatismes crâniens obstétricaux et les déformations crâniennes, en particulier dans le cas d'un céphalématome, où le temps de résorption est prolongé. Selon leur localisation sur le crâne du nouveau-né, il peut en découler une rotation de tête préférentielle afin de limiter l'appui (potentiellement douloureux ou gênant). Le rôle de l'ostéopathe sera de favoriser la résorption en effectuant un drainage structurel sur cette zone.

7.2.1.2 Les déformations positionnelles crâniennes du nouveau-né [6] [14]

Les déformations crâniennes positionnelles (DCP) sont définies par la HAS en mars 2020 comme « des déformations acquises du crâne sans synostose, secondaires à des facteurs biomécaniques externes de compression ou de traction » [7]

Malgré ce manque de preuves scientifiques notables en ostéopathie, la HAS reconnaît qu'il pourrait avoir un rôle à jouer dans la prise en charge des déformations crâniennes positionnelles (DCP), ce qui semble être une première dans des recommandations officielles internationales sur ce sujet. L'efficacité clinique de l'ostéopathie dans la prise en charge des DCP semble être de plus en plus reconnue en pratique. En effet, la plagiocéphalie est un motif de consultation fréquent en ostéopathie, car les parents et les professionnels en constatent les effets bénéfiques.

Ces déformations doivent être distinguées de la craniosténose, qui se caractérise par une fermeture prématurée des sutures du crâne et est classée comme une malformation congénitale non positionnelle.

Il existe deux catégories principales de déformations crâniennes positionnelles : La plagiocéphalie positionnelle (PP) et la brachycéphalie postérieure positionnelle (BPP).

7.2.1.2.1 La plagiocéphalie positionnelle

La PP se caractérise par une asymétrie du crâne, ce qui la distingue de la BPP, qui elle, est symétrique. Le terme « *plagiocéphalie* » est répertorié dans la classification internationale des maladies (CIM). Deux formes de PP sont identifiées (Figure 2) :

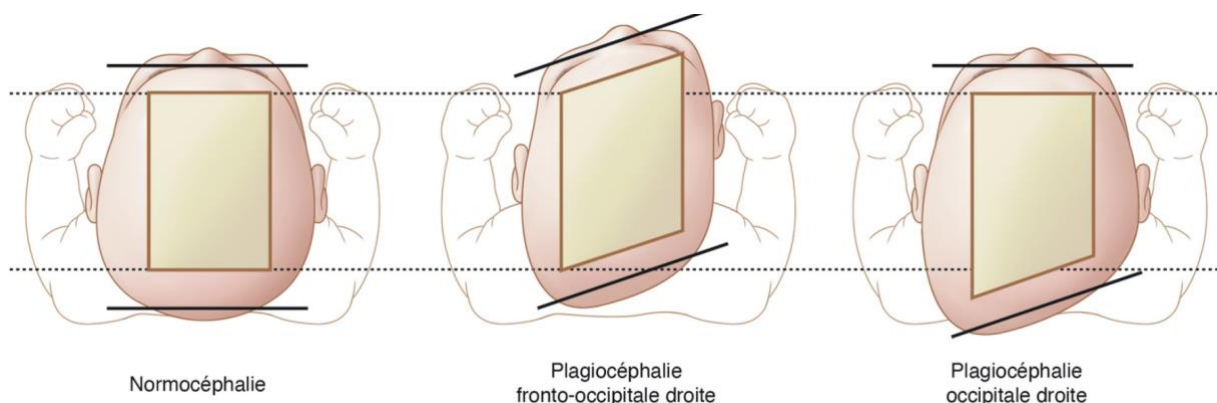


Figure 2 : Les deux formes de plagiocéphalie illustrées de façon schématique en vue du dessus par Cyrille Martinet.

- **La plagiocéphalie fronto-occipitale (PFO)** est la plus fréquente. Elle a la configuration d'un parallélogramme en vue du dessus. Elle se caractérise par un méplat occipito-pariétal unilatéral, accompagné d'un avancement homolatéral de l'oreille (os temporal), voire du front (os frontal), et de la face (os maxillaire et zygomatique). La fente palpébrale homolatérale peut être plus ouverte que celle du côté opposé, donnant l'impression d'une ouverture oculaire asymétrique.
- **La plagiocéphalie occipitale (PO)** se caractérise également par un méplat occipito-pariétal unilatéral, sans avancée de l'hémicrâne homolatéral, et par conséquent, sans impact sur la face mais on observe un « bombement » occipito-pariétal du côté opposé au méplat.

Il est pertinent de comprendre le mécanisme sous-jacent à ces deux formes de PP. « *L'aplatissement occipito-pariétal contraint le crâne à compenser dans une autre direction, car le cerveau continue de se développer dans la boîte crânienne.* » [6]

Ainsi, la compensation peut se produire du même côté que l'aplatissement, entraînant l'avancée de l'hémicrâne homolatéral (dans le cas de la PFO). Alternativement, la compensation peut se produire du côté opposé à l'aplatissement, créant un « *bombement* » occipito-pariétal controlatéral (dans le cas de la PO) [15]. Dans les deux cas, la forme du crâne est altérée, mais le volume reste préservé en raison de l'intégrité des sutures crâniennes, contrairement à la craniosténose.

7.2.1.2.2 La brachycéphalie postérieure positionnelle (Figure 3)

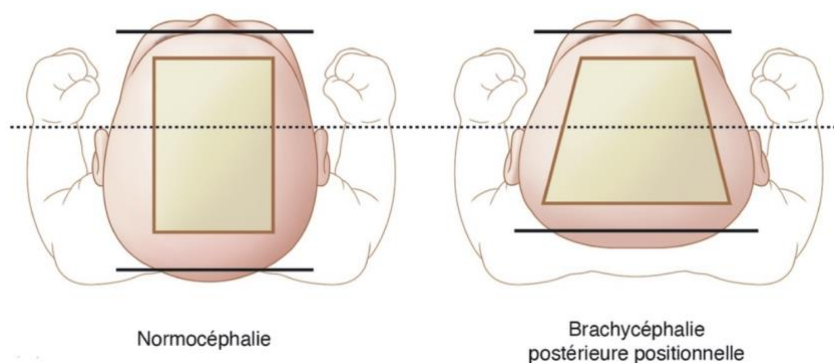


Figure 3 : Brachycéphalie postérieure positionnelle illustrée de façon schématique en vue du dessus par Cyrille Martinet.

La BPP se caractérise par un crâne qui est plus court dans le diamètre antéro-postérieur et plus large dans le diamètre bipariétal. À la différence de la PP, la BPP ne présente pas d'asymétrie du crâne : l'aplatissement occipito-pariétal postérieur est symétrique et il n'y a pas d'impact morphologique sur la face.

Les déformations crâniennes positionnelles résultent de contraintes biomécaniques liées à un défaut de mobilité de la tête et/ou du corps. On retrouve des causes d'ordre intrinsèque comme le torticolis musculaire congénital, le torticolis postural, ainsi que l'hypertonie ou l'hypotonie musculaire (on développera ces notions dans une prochaine partie). Mais il existe aussi des causes extrinsèques qui sont dues aux recommandations de couchage sur le dos pour prévenir la mort inopinée du nourrisson (MIN) depuis les années 1990, ainsi qu'à l'utilisation fréquente de dispositifs de puériculture tels que les transats, les cocoons qui contribuent à une augmentation de la prévalence de la plagiocéphalie.

En général, les parents commencent à s'inquiéter de la forme du crâne de leur nouveau-né vers l'âge moyen de six semaines, surtout s'il présente une déformation unilatérale. [16] Cependant, c'est aux alentours de 4 mois et demi en moyenne que le nouveau-né est adressé pour la première fois à un kinésithérapeute. [17]

Ce retard dans la prise en charge précoce de la déformation crânienne peut compromettre l'efficacité du traitement. La thèse [18] réalisée en 2014, par Philippe BORGNE, médecin, montre que 94% des médecins généralistes ont déjà été confrontés à un enfant atteint d'une plagiocéphalie en consultation de ville. Qu'en est-il de la suite de la prise en charge ?

En 2017, la HAS [19] a entrepris de clarifier la situation suite à une saisine de l'association « Le LIEN ». Cette dernière met en garde contre les conséquences diverses, parfois sévères, de la plagiocéphalie sur le « *développement psychique, cérébral ou physique des nourrissons* ». Elle préconise une évaluation médicale pour prévenir ces déformations crâniennes, tout en soulignant l'importance de la prévention de la MIN. Cette problématique est ainsi qualifiée de véritable enjeu de santé publique.

Par ailleurs, une étude [20] menée en 2013, portant sur le suivi de l'évolution d'enfants présentant une plagiocéphalie entre 2009 et 2012, est révélatrice. Classés en trois catégories selon la sévérité de la déformation, ces nourrissons ont été inclus dans un protocole de physiothérapie jusqu'à obtenir une morphologie cranio-faciale et un développement moteur jugés adéquats. Les résultats ont mis en évidence un retard dans l'acquisition de compétences motrices globales et spécifiques, en corrélation avec la gravité de la déformation crânienne.

Il est donc essentiel d'initier précocement la prise en charge ostéopathique des nouveau-nés présentant une plagiocéphalie afin d'optimiser les résultats, idéalement avant l'âge de trois mois, ce qui permet une correction plus efficace de la déformation.

D'après notre MFOS, les zones principales à investiguer lors d'une plagiocéphalie sont l'os occipital et les membranes intracrâniennes, qui représentent la mécanique locale. Le traitement cible la zone de déformation crânienne. Pour optimiser le fonctionnement de l'occiput, il est essentiel de libérer l'hémi-occiput de toute lésion structurelle afin de modifier la répartition des forces qui s'exercent sur cette région et de favoriser une charge symétrique de la tête. Étant donné que le crâne est principalement membraneux à cet âge, les lésions se trouvent logiquement principalement au niveau des membranes.

L'examen de la charnière C0-C1-C2, qui représente une zone neurologique importante à la base du crâne, est donc essentiel dans notre approche d'investigation.

7.2.2 La face du nouveau-né

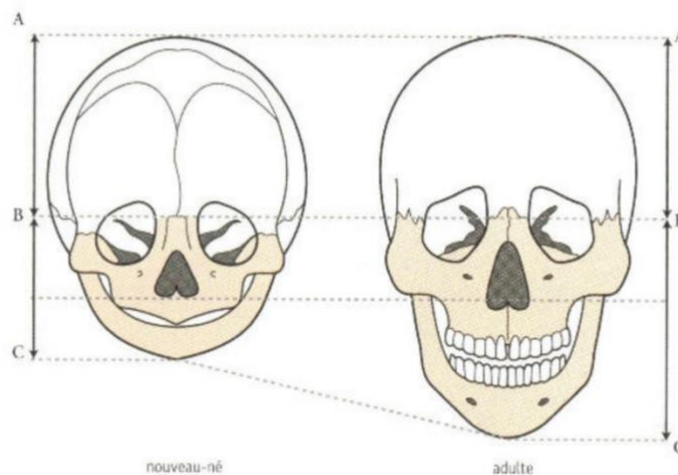


Figure 4 : Croissance de la face osseuse d'un nouveau-né par rapport à celle d'un adulte d'après D. Sinclair.

L'anatomie de la face du nouveau-né est bien différente de celle de l'adulte. La construction de la face se fait à partir de la base du crâne qui est comme l'indique le docteur Delaire « *le tuteur de la construction du massif facial* » [21]. En effet, le massif facial est relié au crâne par de nombreux éléments anatomiques : musculaire (la palatoglosse, le muscle digastrique postérieur et antérieur, voile du palais etc.), le fascia pharyngo-basilaire, ligamentaires, les viscères cervico-thoraciques.

Le docteur Delaire, affirme également que « *la langue est l'élément fondamentale dans la morphogenèse faciale* » [21]. En effet, la langue a une fonction primordiale, notamment lors de la succion, elle contribue à la modélisation des os de la cavité buccale : palatins, mandibule, maxillaires. La liberté de mouvement de la langue est déterminante pour le développement harmonieux de la cavité buccale et de la dentition.

L'anatomie cranio-faciale et buccale du nouveau-né est dessinée pour effectuer l'action coordonnée de la succion-déglutition-respiration. Cette action de succion-déglutition-respiration exige un bon contrôle de différentes fonctions, et ce simultanément [22] :

- Les mouvements intrinsèques de la mandibule et de la langue pour générer un bolus de lait suffisant pour induire une déglutition
- La capacité à protéger les voies aériennes en préservant une respiration optimale et régulière.

La succion-déglutition est une activité fondamentale, elle est vitale pour le nouveau-né. Cependant, il existe de nombreux bébés présentant des troubles de la succion et nous avons un rôle à jouer auprès d'eux.

7.2.2.1 Les troubles de la succion [23]

La succion en tant qu'activité musculaire est complexe et intense, elle implique des mouvements conjugués de la langue et de la mandibule déclenchés par la stimulation des récepteurs proprioceptifs des zones gingivo-linguale ainsi qu'une occlusion et étanchéité labiales. [22]

Lors d'un allaitement maternel, la mère ET le bébé jouent tous deux un rôle fondamental dans l'effectivité du transfert de lait. La mère fournit le lait sous l'effet d'une pression positive et « l'envoie » vers l'enfant : c'est l'éjection du lait. L'éjection est une condition sine qua non du transfert de lait, elle est générée par le réflexe d'éjection.

Le bébé fournit une pression négative : qui lui permet tout d'abord de mener le sein en bouche et de s'y maintenir « accroché » puis, l'augmentation de cette pression négative par l'abaissement de la mandibule et de la langue entraîne le réflexe d'éjection maternel et majore la dilatation des canaux galactophores et l'arrivée du lait dans l'espace intrabuccal.

L'ostéopathie structurelle joue un rôle dans le traitement des troubles de la succion et de la déglutition d'origine mécanique. Les principales zones à examiner incluent la langue, les lèvres, les joues, les tissus mous du cou, l'os hyoïde, les articulations temporo-mandibulaires (ATM), la base du crâne, l'oesophage, ainsi que le rachis cervical et thoracique. Les LTR relèvent des compétences de l'ostéopathe et ne sont pas évaluées par l'équipe médicale et paramédicale, qui n'est pas formée à notre approche mécanique. Toutes ces zones seront investiguées et seules les structures présentant une LTR seront traitées.

La liberté de ces zones est essentielle à la déflexion de la tête du nouveau-né lors de la mise au sein et au bon déroulement de la succion-déglutition. Ces lésions ont des répercussions

fonctionnelles observables chez le nouveau-né, telles qu'un déficit d'ouverture de la bouche, un mauvais positionnement de la langue et des troubles de la déglutition, qu'il serait opportun de dépister dès les premiers jours de vie. De plus cette limitation fonctionnelle de la succion va engendrer de multiples symptômes chez le nouveau-né [24], tels que : une mauvaise prise au sein ou au biberon, des fuites de lait par une mauvaise étanchéité, faible prise de poids, stagnation ou perte de poids, énervement à la prise au sein, reflux gastro-oesophagien (RGO)...

Mais aussi chez la mère, un allaitement douloureux avec une mauvaise prise au sein, des mamelons crevassés, un mauvais drainage des seins, un engorgement, une mastite, une lymphangite mais aussi un épuisement maternel et un projet d'allaitement mis à mal.

L'article [25] publié en 2021 dans BMC Pediatrics, a examiné l'efficacité du traitement ostéopathique chez les nouveau-nés présentant des difficultés d'allaitement.

La revue systématique a examiné sept études randomisées contrôlées portant sur un total de 564 nouveau-nés présentant des difficultés d'allaitement et ayant reçu un traitement ostéopathique. Les études ont été menées dans différents pays et ont utilisé diverses approches de traitement ostéopathique.

Les résultats de la revue systématique ont montré que le traitement ostéopathique chez les nouveau-nés présentant des difficultés d'allaitement peut améliorer la durée de l'allaitement et la prise de poids, ainsi que réduire les symptômes de reflux gastro-œsophagien. Cependant, il n'y avait pas suffisamment de preuves pour déterminer si le traitement ostéopathique avait un effet sur d'autres résultats tels que la douleur, le sommeil et le comportement du nourrisson.

Comme nous avons vu précédemment, l'investigation buccale est donc primordiale. Plusieurs études convergent pour indiquer que la succion et les fonctions linguales peuvent être altérées par la restriction des freins buccaux. [26] [27] [28]

Un problème de succion, davantage repéré lors d'un allaitement maternel, est le signal d'alarme de la possible restriction du frein de langue [29]. La méta-analyse de Rebecca R. Hill [29] en 2021 a passé en revue la littérature scientifique portant sur la relation entre le frein lingual antérieur restrictif et l'allaitement de 1999 à 2018. Parmi 201 articles identifiés, seules 7 études fiables ont été analysées. La conclusion de cette méta-analyse met en évidence la relation indéniable entre la restriction du frein lingual antérieur et l'allaitement.

Nous allons donc aborder dans cette prochaine partie les freins restrictifs buccaux. Principalement le frein de langue restrictif qui est le plus courant et qui semble primordiale à investiguer lors d'une consultation en ostéopathie.

7.2.2.2 Les freins restrictifs buccaux [30] [6]

La prévalence mondiale des freins restrictifs buccaux est de l'ordre de 1% à 10% de la population [31]. Les freins buccaux sont des structures anatomiques dénuées de fibres musculaires, composées d'un « *réseau très dense de fibres conjonctives lâches* » [6]. On distingue sept types de freins buccaux : un frein de langue, s'étendant du plancher buccal à la surface inférieure de la langue, quatre freins de joue, qui relient la face externe de la gencive à la face interne de la joue pour chaque arcade dentaire. Il existe aussi des freins de la lèvre supérieure et de la lèvre inférieure, allant de la lèvre à la gencive.

Un développement équilibré de la base du crâne, associé à une position et une fonction linguale appropriées, favorise une croissance harmonieuse du massif maxillo-facial. Cependant, la présence d'un frein de langue restrictif pourrait influencer le développement et la croissance du palais. En effet, la langue contribue dans l'expansion du palais de par son soutien, une restriction de son élévation pourrait potentiellement entraîner la formation d'un palais creux ou ogival, impactant ainsi la jonction des sutures palatines.

Le frein de langue fait partie intégrante d'un réseau de fascias, composé de fibres de collagène de type I, reconnues pour leur résistance élevée à la traction [32].

Nous avons précédemment évoqué le rôle de la langue dans les mouvements de succion dès la vie intra-utérine, ainsi que celui de certains muscles linguaux reliés au crâne. Ces mouvements, s'ils sont incomplets ou anormaux, peuvent générer des tensions locales. Ces tensions pourraient éventuellement affecter la mobilité cervicale et contribuer au développement des déformations crâniennes positionnelles (DCP) par exemple.

Une prise en charge médicale peut s'avérer nécessaire. Nous n'approfondirons pas ce sujet ici car il est complexe, controversé et nécessiterait une étude dédiée. Cependant, en tant qu'ostéopathe, notre rôle est de détecter ces freins et de les traiter avec nos techniques manuelles, en orientant le nouveau-né vers un spécialiste médical (chirurgien ORL) et l'associer à un traitement orthophonique si nécessaire.

Lorsque nous examinons le visage d'un enfant en tant qu'ostéopathe, il est également essentiel de porter une attention particulière aux yeux du nouveau-né. Environ 20 % des nouveau-nés présentent un trouble fonctionnel appelé dacryosténose, que nous aborderons dans le prochain paragraphe.

7.2.2.3 La dacryosténose [6]

Le canal lacrymal, situé dans le coin interne de l'œil, est un conduit qui relie le sac lacrymal aux fosses nasales. Son rôle est d'assurer le drainage des larmes de l'œil vers les fosses nasales.

La dacryosténose se caractérise par une obstruction partielle ou totale des conduits lacrymaux. L'obstruction peut être unilatérale ou bilatérale. Les symptômes incluent un écoulement anormal de larmes, appelé épiphora, qui peut être continu ou transitoire, et se manifeste dès la période postnatale immédiate ou de manière soudaine.

La dacryosténose peut évoluer vers une surinfection, se manifestant par des sécrétions purulentes, une rougeur de l'œil (conjonctivite) ou de la paupière (blépharite), parfois accompagnée d'une collection inflammatoire au niveau de la paupière inférieure, appelée dacryocystite. Le traitement varie en fonction des cas et peut inclure une antibiothérapie par voie locale ou générale [33].

La dacryosténose pourrait être attribuable à un retard de maturation du système lacrymal ou à des facteurs obstétricaux. Pendant l'accouchement, le crâne du nouveau-né subit une déformation physiologique lors de la traversée de la filière pelvienne maternelle. Cette déformation peut entraîner une « compression » au niveau de la face, potentiellement conduisant à une obstruction d'un ou des deux canaux lacrymaux.

Selon notre MFOS, l'objectif du traitement ostéopathique est de rechercher et de traiter des LTR localement, donc à proximité du canal lacrymal mais aussi à distance en relation avec ce canal pour que la fonction d'évacuation puisse se réaliser normalement.

Une investigation des variables mécaniques est à réaliser entre les deux os constituant le canal lacrymal : l'unguis et le maxillaire. Ces os étant tous deux « suspendus au frontal » sont mécaniquement dépendant. Une investigation des autres os de la face et du crâne à la recherche de LTR est à réaliser avec le palatin, l'ethmoïde, le sphénoïde et le temporal [34].

Dans un second temps, une investigation des cervicales supérieures ainsi que les premières côtes et les dorsales supérieures pour leur relation orthosympathique avec le crâne.

Nous allons à présent développer dans cette prochaine partie, l'examen du cou chez le nouveau-né lors d'une prise en charge ostéopathique.

7.2.3 Le cou du nouveau-né [6]

Une exploration de la mobilité générale est réalisée en examinant les cervicales et les chaînes fasciales (latérales, croisées, antérieures et postérieures) pour déterminer la capacité de mobilité du nourrisson. Une exploration approfondie des cervicales du nouveau-né est effectuée afin d'évaluer la flexion, l'extension, les rotations et les inclinaisons. En effet, une attention particulière est portée à l'exploration de l'extension cervicale haute, car elle revêt une importance cruciale pour garantir une déglutition optimale chez le nouveau-né.

La plage de rotation cervicale chez les nourrissons est de 100° à 120°, et l'inclinaison cervicale est de 65° à 75°. Une évaluation adéquate nécessite un enfant détendu, sans résistance à la mobilisation passive.

Comme nous l'avons vu précédemment, les déformations crâniennes positionnelles surviennent en raison de contraintes biomécaniques causées par un défaut de mobilité de la tête et/ou du corps. Parmi les causes, on retrouve le torticolis musculaire congénital et le torticolis postural, deux pathologies que nous allons détailler.

7.2.3.1 *Le torticolis musculaire congénital [6]*

Le torticolis musculaire congénital (TMC) est la troisième déformation néonatale la plus fréquente. Sa prévalence est entre 3,9% et 16% des naissances, variable en fonction des auteurs.

Le TMC est caractérisé par une altération du muscle sterno-cléido-mastoïdien (SCM) avec un raccourcissement unilatéral. Ceci provoque une inclinaison cervicale du côté affecté et une rotation de la tête du côté opposé au SCM rétracté et raide [35]. Le SCM présente généralement une fibrose et peut manifester, dans certains cas, une tuméfaction connue sous le nom d'« olive », observable au niveau du cou. Lorsque cette tuméfaction est présente, on parle de fibromatosis colli. Le TMC représente un facteur de risque significatif de plagiocéphalie positionnelle.

Il est important de souligner que le torticolis musculaire congénital (TMC) se manifeste généralement vers le 15^e jour de vie du nouveau-né, moment où la fibrose cicatricielle du muscle sterno-cléido-mastoïdien (SCM) se développe, plutôt que dès la naissance. Ceci, malgré l'utilisation du terme « congénital », qui fait référence au mécanisme lésionnel survenant avant la naissance.

L'importance d'un diagnostic précoce du torticolis congénital par les professionnels présents dès la naissance est essentielle afin de prévenir de la plagiocéphalie et pour ne pas perturber

l'installation de l'alimentation. L'ostéopathe en intervenant en parallèle de la kinésithérapie dans cette prise en charge, pourra traiter le torticolis. D'après notre MFOS, nous tenterons ici de lever les LTR sur le SCOM ainsi que sur ses insertions. Nous investiguerons ainsi les os temporaux avec les insertions sur les mastoïdes et l'occiput avec l'insertion sur la ligne nucale supérieure. Ensuite nous testerons l'articulation sterno-claviculaire pour les insertions distales du SCOM. Pour sa variable neurologique nous testerons les cervicales C2-C3. Il faudra également investiguer la charnière cervico-dorsale C7-D1.

7.2.3.2 Torticolis positionnel [6]

Le torticolis positionnel (TP), également connu sous les termes de position préférentielle ou asymétrie posturale, se caractérise par une posture inclinée et tournée du côté opposé. Contrairement au torticolis musculaire congénital (TMC), la position dans le TP n'est pas fixe et affecte l'ensemble du corps du nouveau-né plutôt que seulement le cou. La posture générale de l'enfant adopte une forme de « virgule ». Bien que le nouveau-né puisse tourner la tête des deux côtés, il montre une préférence plus ou moins marquée pour un côté. Dans le TP, le muscle sterno-cléido-mastoïdien (SCM) n'est pas ou peu rétracté, et c'est l'ensemble du corps du nouveau-né qui semble être « moulée » dans une position [34]. Bien que le SCM soit plus tonique du côté de l'inclinaison il reste souple à la palpation.

Selon une étude datant de 2001 [38], le TP concernerait environ 8 % des naissances. Cependant, dans la pratique actuelle, il semble être plus fréquent. Il est important de noter que certains professionnels peuvent considérer une position préférentielle du nouveau-né comme étant « normale », mais cela ne devrait pas être le cas. L'enfant doit être à l'aise des deux côtés pour éviter des perturbations de sa motricité et une déformation possible de son crâne. Ainsi, une position préférentielle persistante doit être considérée comme une alerte et nécessite une prise en charge [39].

L'interrogatoire et l'examen clinique doivent être approfondis. Le diagnostic du TP est plus subtil, et sa reconnaissance, souvent plus tardive, nécessite un examen attentif.

Suite à son attitude préférentielle, les points de contacts vont être majorés notamment au niveau de l'arrière du crâne du côté de la rotation de la tête. Le crâne est comprimé au point de contact d'où la présence du méplat occipital. De plus, le TP touche la posture globale de l'enfant, le nouveau-né pourra donc présenter une possible perte de déformabilité au niveau des sacro-iliaques, du bassin mais aussi des lombaires.

7.2.4 L'abdomen du nouveau-né

Les troubles digestifs représentent une problématique fréquente chez les nouveau-nés. Face à cette situation, les parents et le corps médical se trouvent souvent démunis face aux douleurs de l'enfant. L'ostéopathie apparaît comme une modalité thérapeutique alternative pour soulager ces symptômes digestifs. Nous allons à présent développer ces principaux troubles chez les nouveau-nés lors d'une prise en charge ostéopathique.

7.2.4.1 *Les reflux gastro-oesophagien (RGO) [40] [6]*

Il existe chez le nouveau-né des régurgitations dites physiologiques qui sont sans gravité et ne s'accompagnent pas d'autres signes fonctionnels. Mais lorsqu'il y a de nombreuses régurgitations, des gaz, des crises de pleurs difficiles à calmer, des difficultés lors de la prise des biberons ou du sein, un enfant qui se cambre en extension au moment des repas nous encourage à explorer la piste du RGO (et d'examiner la mobilité linguale et la succion comme nous avons vu précédemment).

Le RGO chez le nouveau-né se manifeste par le passage du contenu gastrique dans l'œsophage, un phénomène fréquent qui s'explique par plusieurs facteurs. Tout d'abord, le sphincter inférieur de l'œsophage est immature à la naissance, ce qui entraîne des relâchements périodiques plus fréquents que chez l'adulte. De plus, le bol alimentaire du nouveau-né est liquide et plus volumineux en proportion par rapport à la taille de son estomac, ce qui facilite sa remontée vers l'œsophage. Par ailleurs, la position en décubitus dorsal du nouveau-né favorise également le passage du contenu gastrique vers l'œsophage. [41]

Selon notre MFOS, l'ostéopathe structurel tentera de diminuer la fréquence et l'intensité des RGO en travaillant sur les LTR présentes sur les insertions de l'œsophage, soit l'occiput, les tissus mous du cou ainsi que le cardia de l'estomac par exemple.

7.2.4.2 *Les coliques*

Les coliques infantiles sont fréquentes et constituent l'un des motifs principaux de consultation pédiatrique durant les trois premiers mois de vie du nouveau-né [42]. Malgré leur prévalence, de nombreux médicaments prescrits pour les traiter n'ont pas démontré leur efficacité.

Les coliques se caractérisent par des épisodes de pleurs inconsolables et de gêne abdominale chez les nourrissons, souvent dès les premières semaines de vie, atteignant un pic vers l'âge de six semaines, puis diminuant progressivement. Leur origine exacte demeure incertaine, mais plusieurs facteurs sont envisagés, tels que l'immaturité du système digestif, l'ingestion

d'air lors de l'alimentation, la sensibilité à certains aliments dans le lait maternel ou les formules de préparation pour nourrissons, ou encore des troubles gastro-intestinaux mineurs.

Selon notre MFOS, l'ostéopathe structurel tentera de diminuer la fréquence et l'intensité des coliques en travaillant sur les LTR présentes sur le cadre colique et ses diverses attaches, telles que les ligaments, les méso et épiploons. Nous investiguerons la fosse iliaque gauche ainsi que la zone sous-diaphragmatique. Pour sa variable neurologique, nous chercherons à améliorer le passage des nerfs X. Nous investiguerons plus particulièrement la base du crâne, la zone d'insertion de l'aponévrose œsophagienne au niveau du cou et la région épigastrique (carrefour gastro-œsophagien au niveau du hiatus diaphragmatique) [43].

7.2.4.3 Constipation, gaz et ballonnements

Les troubles digestifs chez les nouveau-nés, tels que la constipation, les gaz et les ballonnements, sont des sujets d'intérêt majeur pour les parents. Bien que ces problèmes soient généralement considérés comme bénins, ils peuvent avoir un impact significatif sur le bien-être et le confort des nouveau-nés, ainsi que sur la qualité de vie de la famille.

La constipation se caractérise par des selles peu fréquentes et difficiles à évacuer, souvent causées par une immaturité du système digestif du nouveau-né. L'ostéopathe structurel travaillera sur les LTR présentes sur le cadre colique et principalement au niveau de l'hypochondre gauche, le flanc gauche, la fosse iliaque gauche et l'hypogastre. Toutefois, il convient de considérer d'autres causes potentielles telles qu'une alimentation inadaptée, auquel cas une orientation appropriée de l'enfant s'avère essentielle.

Les gaz, quant à eux, sont généralement causés par l'ingestion d'air pendant l'allaitement ou le biberon, ce qui peut entraîner un certain inconfort pour le nouveau-né. Les ballonnements se manifestent par un abdomen distendu et peuvent également être associés à des gaz excessifs. Il est nécessaire d'effectuer une investigation de la fosse iliaque droite et du flanc droit dans ce contexte.

7.2.5 Les membres du nouveau-né

7.2.5.1 *Articulation acromio-claviculaire*

Dans le cadre de la prise en charge ostéopathique du nouveau-né, l'articulation acromio-claviculaire revêt une importance particulière, surtout en cas de traumatisme obstétrical. Ces traumatismes surviennent principalement lors de l'accouchement, notamment dans des situations où le passage du bébé à travers le canal pelvien est difficile. Les fractures de la clavicule sont relativement courantes dans ces cas, mais elles guérissent spontanément. La dystocie des épaules (blocage des épaules à la sortie du bassin maternel) est l'une des principales causes de fracture de la clavicule, et la macrosomie est l'un des facteurs de risque associés.

En cas de fracture, l'enfant peut rencontrer des difficultés à bouger son membre supérieur, ce qui peut avoir des répercussions directes sur les muscles périphériques, y compris le muscle sterno-cléido-mastoïdien (SCM), et sur la mobilité générale de l'enfant. Il est crucial d'accorder une attention particulière à l'évaluation de ces complications, notamment celles liées au plexus brachial, qui peuvent nécessiter une prise en charge médicale plus intensive pour garantir une récupération optimale du nouveau-né.

7.2.5.2 *Les malpositions des pieds du nouveau-né [41]*

Les malpositions des pieds chez le nouveau-né sont souvent le résultat de déformations simples qui se développent principalement au cours du troisième trimestre de la grossesse. Elles sont courantes et bénignes. Ces malpositions sont habituellement réversibles et peuvent être facilement corrigées sans qu'il y ait de malformation structurelle du pied. Le traitement est généralement simple et implique souvent des séances de kinésithérapie fonctionnelle. En tant qu'ostéopathe, il est important de savoir identifier ces malpositions pour orienter les parents si cela n'a pas été réalisé.

7.2.5.2.1 *Métatarsus varus ou adductus*

Il se caractérise par une malposition de l'avant-pied en adduction. La déformation se situe au niveau de l'articulation de l'avant-pied. Quelques jours après avoir pratiqué des manipulations et des stimulations sur le bord externe des pieds, une amélioration est observée dans plus de

90% des cas. Un traitement précoce favorise une normalisation accélérée de la position du pied.

7.2.5.2.2 Pied talus

Il se caractérise par un excès de flexion dorsale de la cheville tel que le dos du pied se trouve sur la face antérieure de la jambe.

7.2.5.2.3 Pied valgus

Il se caractérise par un valgus de tout le pied avec une flexion dorsale excessive de la cheville. Dans ce cas, il est essentiel de confier l'enfant à un kinésithérapeute spécialisé en orthopédie infantile, capable de réaliser des manipulations et de prescrire des attelles adaptées.

7.2.5.3 Malformation congénitale des pieds du nouveau-né

7.2.5.3.1 Pied bot varus équin (PBVE) [44] [45] [6]

Le pied bot varus équin (PBVE) est une anomalie congénitale du pied, caractérisée par une déformation complexe impliquant une inclinaison vers l'intérieur (varus), une flexion plantaire (équin) et une inversion (adduction) de la partie antérieure du pied. Il peut survenir de manière isolée ou être associé à d'autres anomalies congénitales. Sa prévalence varie selon les populations, mais elle est estimée à environ 1 à 4 cas pour 1 000 naissances dans les populations occidentales. Dans la plupart des cas, le PBVE est diagnostiqué dès la naissance et peut être corrigé avec un traitement approprié. Il nécessite essentiellement une prise en charge orthopédique et de kinésithérapie. Il implique l'application de plâtres cruro-pédiex et/ou la mise en place d'une attelle pendant plusieurs mois. Cependant, ces plâtres ou attelles peuvent parfois restreindre la mobilité spontanée des membres inférieurs voire du bassin, limitant les enroulements chez l'enfant. Le rôle de l'ostéopathe structurel sera de travailler sur les LTR présentes au niveau du pied, en ciblant sur les muscles et les fascias, à chaque étape d'ajustement des plâtres et/ou attelles. De plus, le nouveau-né présentant un PBVE pourra présenter une possible perte de déformabilité au niveau des sacro-iliaques, du bassin, des lombaires mais aussi au niveau des cervicales, ce qui nécessitera une investigation approfondie de la part de l'ostéopathe.

7.3 Les contre-indications à la prise en charge ostéopathique du nouveau-né

Lors d'une consultation d'ostéopathie, nous procédons à une anamnèse comme mentionné précédemment. Il est essentiel d'interroger les parents et d'observer le nouveau-né en identifiant les signes d'alerte, appelés « drapeaux rouges » qui pourraient indiquer que nous ne pourrions pas assurer la prise en charge de l'enfant. L'ostéopathe intervient uniquement dans son domaine de compétences mécaniques et il réoriente lorsque les symptômes constatés ne relèvent pas de son champ d'action.

En tant que thérapeute de première intention il est important de savoir reconnaître des troubles chez le nouveau-né. On évoque une liste non exhaustive de signes qui nécessitent une réorientation médicale urgente du nouveau-né.

- Difficultés respiratoires (signes de lutte)
- Coloration anormale : cyanose, pâleur, ictère
- Refus alimentaire
- Hypotonie
- Mouvements anormaux de type convulsions
- Bombement des fontanelles,
- Vomissements fréquents et en jet
- Modifications comportementales (pleurs excessifs et inhabituels ou léthargie)
- Saignements anormaux

Une collaboration entre les médecins, pédiatres, sages-femmes et ostéopathes semble donc primordiale. Chaque profession a un rôle à jouer et des objectifs propres pour la prise en charge du nouveau-né. Nous allons donc développer dans cette prochaine partie la collaboration pluridisciplinaire.

8 Les enjeux de la collaboration entre médecins généralistes, pédiatres, sages-femmes et ostéopathes dans le traitement du nouveau-né

8.1 *Le rôle des pédiatres et médecins généralistes dans la prise en charge du nouveau-né [6]*

Les médecins, qu'ils soient généralistes ou pédiatres, jouent un rôle central dans la prise en charge du nouveau-né en tant que premiers intervenants et principaux acteurs de la périnatalité.

Pendant le premier mois de vie, le nouveau-né est sujet à plusieurs examens médicaux. Initialement, il est examiné à la naissance et avant la sortie de la maternité par un médecin. Ensuite, une visite médicale est programmée à 15 jours, suivie d'une autre à un mois, habituellement par le médecin généraliste ou le pédiatre qui suivra l'enfant au long cours.

A chaque consultation, le médecin réalise un examen complet. C'est sur le médecin que repose le diagnostic médical par le biais du suivi du développement psychomoteur et neurologique de l'enfant, dont il est le garant. En effet, le médecin assure une évaluation complète de l'enfant. Lors du premier mois de vie, il veille à l'état général du nouveau-né (comportement, tonus, prise pondérale), il réalise une évaluation du crâne, de la face, du cou et de l'état cutané de l'enfant et des différents systèmes : respiratoire, cardio-vasculaire, gastro-intestinal, neurologique et musculo-squelettique.

Le suivi médicalisé de l'enfant, comprenant vingt consultations obligatoires. Il démarre dès la naissance et se poursuit jusqu'à l'âge de 16 ans. Il est indispensable pour surveiller le développement staturo-pondéral, psychomoteur, psychique et sensoriel de l'enfant. Le suivi est obligatoire et pris en totalité en charge par l'assurance maladie. Ces consultations régulières permettent de détecter précocement tout problème de santé et d'assurer un suivi approprié du nouveau-né pendant cette période déterminante de son développement. Par exemple, le dépistage des DCP doit être systématique et répétée à chaque consultation, surtout pendant la période critique des 0 à 6 mois, conformément aux recommandations de la HAS. En cas de limitations, une prise en charge précoce est nécessaire pour éviter les complications. La kinésithérapie doit être prescrite le plus tôt possible, avant même l'apparition d'une déformation crânienne, comme abordé précédemment. L'ostéopathie peut également y être associée.

De plus, le médecin et/ou pédiatre joue également un rôle essentiel de prévention auprès des parents. Il prodigue des conseils sur divers aspects de la santé et des soins du nouveau-né,

notamment la nutrition, l'allaitement, la sécurité, la prévention des accidents domestiques, le développement cognitif et moteur.

En conclusion, le rôle du médecin généraliste et/ou pédiatre de l'enfant, par la fréquence de son recours, assure le suivi du nouveau-né ainsi que la prévention et l'orientation en cas de nécessité.

Il est crucial de reconnaître l'influence très prépondérante de la « parole médicale » chez les parents. Un discours alarmiste ou banalisant peut avoir des répercussions significatives. Ainsi, chaque praticien doit être capable d'adapter son discours en fonction de la situation spécifique rencontrée et de diriger les parents vers d'autres spécialistes lorsque cela ne relève pas de son domaine d'expertise.

En effet, il est pertinent de mentionner les résultats d'une thèse de doctorat [46] qui indique qu'en moyenne, les étudiants en médecine reçoivent environ 1 à 5 heures de formation spécifique sur l'allaitement maternel au cours de leur cursus universitaire. La formation initiale actuelle des médecins semble insuffisante pour répondre aux besoins des femmes allaitantes et explique probablement une partie de la faible durée d'allaitement en France.

En effet, cet exemple permet de se rendre compte que la collaboration pluridisciplinaire semble essentielle afin de répondre de manière optimale aux besoins des nouveaux-nés et de leurs parents.

Il semble indispensable en tant que médecin généraliste ou pédiatre de jouer le rôle de pivot et d'orienter au besoin vers d'autres professionnels dont l'expertise pourra profiter au bon développement de l'enfant. Il aura besoin de s'entourer d'un réseau de professionnels compétents (sages-femmes, des professionnels certifiés International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC), annuaires d'associations de professionnels, réseau de kinésithérapeutes, d'ostéopathes spécialisés en pédiatrie...)

Une étude [47] de cas publiée en 2015 « *Integration of osteopathic manipulative medicine into pediatric hospital care : a case series* » nous montre justement l'importance d'une collaboration étroite entre les médecins généralistes, pédiatres et les ostéopathes.

Cette étude avait pour but d'examiner l'intégration de la médecine ostéopathique dans les soins hospitaliers pour les enfants. L'étude a porté sur une série de cas de 17 patients pédiatriques hospitalisés qui ont reçu des soins ostéopathiques en complément de leur traitement médical standard. Les patients étaient âgés de 1 jour à 18 ans et ont été hospitalisés pour diverses raisons, telles que des maladies respiratoires, des troubles gastro-intestinaux et des affections neurologiques.

Les ostéopathes ont utilisé des techniques de manipulation manuelle pour traiter les patients, notamment des techniques de libération myofasciale, de mobilisation articulaire et de manipulation crânienne. Les résultats de l'étude ont montré que l'ostéopathie peut être

bénéfique pour les enfants hospitalisés en améliorant leur confort, en réduisant leur douleur et en améliorant leur état général.

Les auteurs de l'étude ont souligné l'importance d'une collaboration étroite entre les médecins généralistes, pédiatres et les ostéopathes pour une utilisation optimale de l'ostéopathie dans les soins pédiatriques.

Il apparaît donc essentiel que le médecin généraliste ou le pédiatre collabore avec d'autres professionnels pour répondre à l'ensemble des problématiques et des questionnements liés à la périnatalité.

La sage-femme occupe également une position centrale dans la période périnatale, particulièrement dans la prise en charge des nouveaux-nés. Penchons-nous maintenant sur le rôle clé de cette profession.

8.2 Le rôle des sages-femmes dans la prise en charge des nouveaux-nés [6]

Les sages-femmes disposent du pouvoir de diagnostic et du droit de prescription, c'est une profession médicale dont les compétences sont clairement définies. Elles ont un champ d'intervention assez vaste, elles peuvent être présentes en anténatal, à la naissance et en post-natal.

En anténatal, elles sont habilitées à assurer le suivi médical des femmes enceintes. Elles effectuent des consultations et des cours de préparation à l'accouchement.

Par conséquent, les sages-femmes sont en première ligne pour détecter les symptômes courants chez les femmes enceintes. Il est crucial de ne pas sous-estimer les désagréments mineurs de la grossesse, mais plutôt de promouvoir leur prise en charge par l'ostéopathie afin d'améliorer la mobilité et le bien-être de la femme enceinte. L'ostéopathie pourrait donc favoriser un accouchement physiologique, en limitant l'utilisation d'instruments. Cet exemple met en lumière une collaboration concrète entre ces deux professions, démontrant ainsi son utilité pour la prise en charge globale de la femme et de l'enfant.

D'autre part, le rôle de prévention et de conseils de la sage-femme est crucial lors de ces consultations anténatales. Cette période revêt une importance capitale, car les futurs parents sont particulièrement attentifs à des informations rassurantes et pertinentes. C'est donc le moment opportun pour aborder divers sujets, tels que les bonnes pratiques de positionnement de l'enfant pendant le sommeil, la promotion du portage, le contact du peau à peau et de la motricité libre par exemple. De plus, les sages-femmes peuvent guider les futurs parents dans le choix et l'utilisation adéquate du matériel de puériculture pour éviter tout risque d'inefficacité

ou d'impact négatif sur le développement de l'enfant (comme l'utilisation de cale tête ou tour de lit par exemple).

On peut conclure qu'il existe une collaboration effective entre les sages-femmes et les ostéopathes pendant la période anténatale, partageant un objectif commun visant à assurer le bien-être et la santé des femmes enceintes et de leurs futurs enfants.

A la naissance, la sage-femme est habilitée à effectuer l'examen initial du nouveau-né en salle de naissance. Elle est donc un interlocuteur privilégié, établissant un lien direct et solide avec les parents. De plus, ce premier examen permet l'observation du nouveau-né et de détecter précocement tout problème de santé et d'assurer un suivi approprié du nouveau-né pendant cette période déterminante de son développement. La naissance elle-même représente un moment critique où les contraintes sur le crâne du nourrisson peuvent survenir, quel que soit le mode d'accouchement. Les sages-femmes ont ainsi un rôle crucial dans le dépistage précoce de ces contraintes et dans la sensibilisation des parents lors du séjour en maternité. Dans une section précédente, nous avons étudié la prise en charge en ostéopathie structurale du nouveau-né. Il apparaît donc pertinent que l'ostéopathe puisse être sollicité par les sages-femmes après un accouchement.

En France, les sages-femmes peuvent assurer légalement le suivi de la mère et du nouveau-né en bonne santé jusqu'à six semaines après l'accouchement, conformément à l'article R.4127-326 du Code de la santé publique [48].

En 2021, selon l'Enquête nationale périnatale 2021 [49], 79,1 % des mères ont bénéficié de la visite à domicile d'une sage-femme après leur accouchement. Ce suivi comprend des visites à domicile et/ou des consultations en cabinet et permet d'accompagner la santé de la mère et du bébé en post-partum. Le suivi est pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, jusqu'au 12^e jour après la naissance du nouveau-né et 70 % au-delà. Le suivi offre l'opportunité d'exprimer les difficultés et les interrogations des parents. Les sages-femmes jouent également un rôle crucial dans la prévention et le dépistage de certaines anomalies durant les premières semaines de vie du nouveau-né. Ces professionnels de santé sont en première ligne pour sensibiliser et conseiller les jeunes parents, elles les conseillent sur l'utilisation du matériel de puériculture, le portage, la manipulation de l'enfant et les modalités d'alimentation. Elles participent également au soutien de l'allaitement maternel et à l'évaluation de la croissance et au développement du nouveau-né.

De plus, elles effectuent une observation attentive des positions adoptées par l'enfant, des temps d'alimentation et des réactions du nouveau-né aux différents stimuli. Elles peuvent orienter les parents vers une prise en charge appropriée, pouvant nécessiter des consultations

avec d'autres professionnels de santé tels que des médecins, kinésithérapeutes mais aussi l'ostéopathe comme abordé dans une section précédente.

Les chapitres précédents ainsi que celui-ci soulignent clairement des véritables intérêts à collaborer entre les médecins, pédiatres, sages-femmes et ostéopathes, que ce soit pendant la période anténatale, à la naissance ou en postnatal. Chaque profession a un rôle à jouer et des objectifs propres pour la prise en charge du nouveau-né.

La collaboration en pluridisciplinarité favorise la prévention, améliore la prise en charge, assure un discours consensuel entre professionnels auprès des familles, et garantit une uniformité des conseils transmis aux parents. La collaboration pluridisciplinaire offre à chacun l'opportunité de tirer profit des compétences des autres, dans l'intérêt de l'enfant. Nous pouvons remarquer que les échanges entre professionnels et l'association des expertises sur une même situation permettent de proposer des traitements plus adaptés et précoces. La communication joue donc un rôle central dans la prise en charge multidisciplinaire des patients.

Il semble donc important de développer la notion de communication entre ces différents professionnels.

8.3 La communication en pluridisciplinarité

La communication pluridisciplinaire fait référence à l'échange d'informations, de connaissances ou de perspectives entre différentes disciplines ou spécialités dans le but de résoudre des problèmes ou d'améliorer la compréhension globale d'un sujet ou d'une situation. Cela implique souvent des professionnels issus de domaines variés travaillant ensemble pour partager leurs expertises respectives et collaborer. L'objectif est donc de tirer profit des connaissances complémentaires des diverses professions afin de fournir des solutions plus complètes et efficaces aux problèmes rencontrés.

Dans le contexte de la prise en charge du nouveau-né, les médecins, pédiatres, sages-femmes et ostéopathes possèdent chacun une formation et une expertise distincte mais complémentaire. Chaque professionnel a un rôle spécifique dans la prise en charge du nouveau-né. Les médecins, pédiatres et sages-femmes se concentrent sur les aspects médicaux tandis que les ostéopathes structurels interviennent uniquement dans leurs domaines de compétences mécaniques et ils orientent lorsque les symptômes constatés relèvent d'un autre domaine de soin (médical, nutritionnel, énergétique, émotionnel par exemple).

Cependant, des études telles que celle menée par Boudier-Revéret [50] en 2019 ont mis en évidence une méconnaissance significative du champ de compétences de l'ostéopathie chez les médecins généralistes français. Les résultats ont montré que seulement 25% des médecins interrogés connaissaient les indications et contre-indications de la pratique ostéopathique chez les nourrissons, et la majorité n'avait jamais référé un nourrisson à un ostéopathe. De plus, des enquêtes menées en Allemagne [51] [52] ont également révélé un manque de communication entre la profession médicale et les ostéopathes, avec des préoccupations concernant l'efficacité et la sécurité de l'ostéopathie chez les nouveau-nés.

Il est légitime de se demander si les médecins orientent les nouveau-nés vers l'ostéopathie lorsque toutes les autres options thérapeutiques ont été épuisées et qu'ils n'ont plus de solutions à proposer aux parents. Cette orientation vers l'ostéopathie est-elle donc considérée comme une mesure de dernier recours ?

Pour pallier à ces préoccupations, le travail en réseau apparaît comme une nécessité. Organiser des moments d'échanges tels que des réunions, des conférences ou des formations pourrait faciliter la communication et favoriser le partage des connaissances et des expertises respectives entre les différents professionnels.

En encourageant une communication ouverte et collaborative, ces professionnels pourraient travailler ensemble de manière plus efficace pour garantir des soins complets et adaptés aux besoins spécifiques du nouveau-né.

Malgré les réserves exprimées par certains professionnels de santé à l'égard de l'ostéopathie, une meilleure connaissance et sensibilisation à cette pratique pourraient favoriser une collaboration harmonieuse et assurer des soins de qualité et sécuritaires pour le nouveau-né.

9 Problématique de recherche et hypothèse

Riche des études, livres et articles que j'ai pu lire, j'aimerais maintenant confronter mes recherches sur le terrain auprès des professionnels médicaux : médecins généralistes, sages-femmes et pédiatres.

Nous établissons comme hypothèse que les médecins généralistes, pédiatres et sages-femmes ne réorientent pas les parents vers l'ostéopathie pour leur nouveau-né car ils ne connaissent pas le concept ostéopathique et son utilité.

L'idée d'élaborer un questionnaire m'a semblé la démarche la plus appropriée pour mon étude. L'objectif de ce questionnaire est d'estimer les connaissances actuelles des professionnels interrogés mais aussi connaître leurs perceptions et leurs critères pour orienter ces jeunes patients avec comme objectif ultime de favoriser la collaboration interprofessionnelle.

10 Méthode de l'étude

10.1 Type d'étude : enquête quantitative par questionnaire

Le questionnaire m'a semblé la démarche la plus appropriée pour mon étude. En effet, en interrogeant les professionnels de santé, j'ai pu obtenir directement leurs retours. Ce questionnaire constitue une étude quantitative et objective.

10.2 Population cible : médecins généralistes, pédiatres et sages-femmes

Le questionnaire s'adresse uniquement aux sages-femmes, médecins généralistes et pédiatres. J'ai choisi de cibler uniquement ces trois professions, car ce sont les partenaires centraux de la périnatalité et notamment les professions médicales les plus concernées dans la prise en charge du nouveau-né de 0 à 28 jours.

10.3 Conception du questionnaire

Le questionnaire que j'ai élaboré comprend 29 questions, 19 questions fermées afin d'obtenir le plus de précisions possibles et 10 questions ouvertes sur lesquelles les praticiens sont invités à exprimer leurs opinions (Annexe 1).

Ce questionnaire a été réalisé à l'aide de Google Form. Il a été adressé par voie électronique le 12 février 2024 puis une relance a été effectuée 15 jours après le premier envoi. Le questionnaire a été clôturé le 9 avril 2024.

Les données ont été traitées sur Excel, où j'ai créé les différentes graphiques et tableaux croisés dynamiques.

10.4 Taux de participations

Pour étendre au mieux sa diffusion, le questionnaire a été envoyé à l'ensemble de mes contacts professionnels de santé (sages-femmes, médecins généralistes et pédiatres).

J'ai pris la décision de diffuser mon questionnaire au sein de la clinique où j'exerce en tant qu'infirmière puéricultrice. En effet, le but final de cette étude étant une meilleure communication interprofessionnelle, pourquoi ne pas commencer par mes propres collègues. Cependant, je suis consciente que cela représente aussi un biais pour cette étude que j'exposerais ultérieurement dans la partie des limites de mon étude.

Le questionnaire a aussi été envoyé à des professionnels qui l'ont ensuite envoyé à leurs collègues et connaissances.

J'ai également envoyé une demande de mailing liste à l'ordre régional des médecins de Bretagne, à l'ordre national des sages-femmes. Malheureusement, la distribution de tel questionnaire ne fait pas partie des attributions des ordres nationaux, je n'ai eu donc que des retours négatifs à ces demandes.

J'ai transmis mon questionnaire également aux cadres de santé de plusieurs établissements Rennais (centre hospitalier universitaire (CHU), cliniques).

J'ai obtenu 118 réponses toutes exploitables. 89 sages-femmes, 15 pédiatres et 14 médecins généralistes ont rempli ce formulaire.

11 Résultats de l'étude

11.1 Analyse descriptive et interprétation des données recueillies

11.1.1 Profil et connaissances des professionnels de santé sur l'ostéopathie du nouveau-né

11.1.1.1 Répartitions des participants par profession

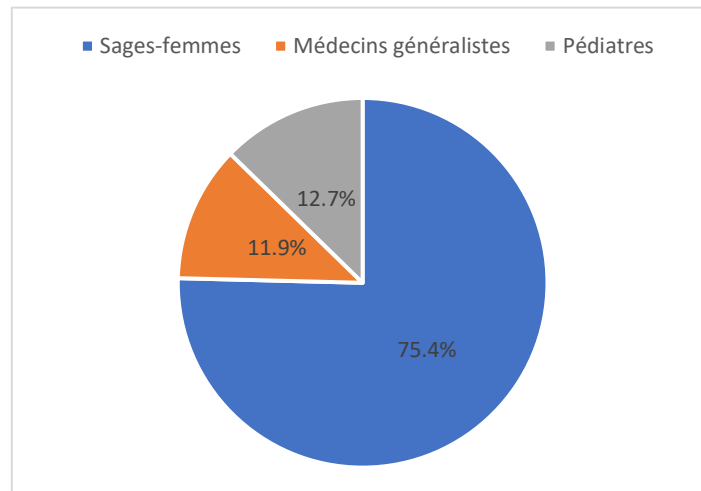


Figure 5 : Classification des répondants en fonction de leurs professions.

- Parmi les 118 professionnels ayant participé à ce questionnaire, on dénombre 89 sages-femmes, 15 pédiatres et 14 médecins généralistes, représentant respectivement 75,4%, 12,7% et 11,9% des répondants.

Cette répartition met en évidence un déséquilibre significatif, avec une forte prévalence de sages-femmes, qui constituent les 3/4 des répondants. Cette disproportion souligne l'intérêt particulier manifesté par les sages-femmes à l'égard de l'ostéopathie du nouveau-né. On peut supposer que le sujet a suscité un engouement accru au sein de cette profession spécialisée dans la prise en charge des nouveau-nés.

En France, en 2023 [53], on estimait qu'il y avait environ 8 740 pédiatres en activité, contre 95 000 médecins généralistes. Malgré cette disparité, le nombre de réponses des pédiatres est équivalent à celui des médecins généralistes, ce qui souligne une participation proportionnellement plus faible de ces derniers. Cette observation pourrait indiquer un intérêt moindre des médecins généralistes pour le sujet de l'ostéopathie chez le nouveau-né, peut-être moins centrés sur cette population dans leur pratique en cabinet ou des priorités professionnelles différentes.

11.1.1.2 Expérience professionnelle des professionnels de santé

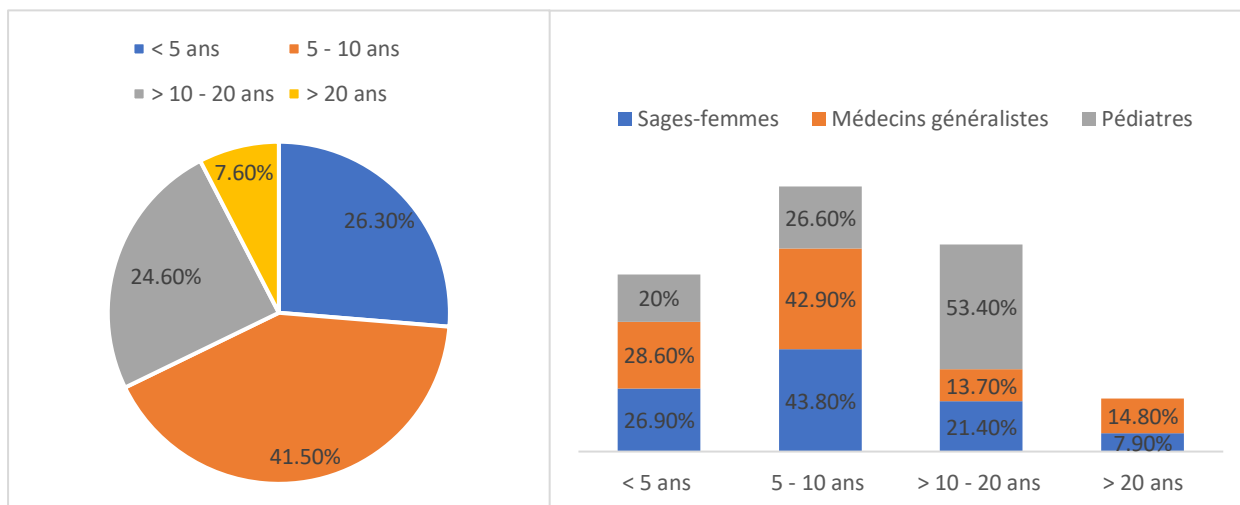


Figure 6 : Répartition des professionnels de santé interrogés en fonction du nombre d'années d'expériences.

- 31 des praticiens soit 26,30% ont moins de 5 ans d'expérience
- 49 des praticiens soit 41,50% ont entre 5 à 10 ans d'expérience
- 29 des praticiens soit 24,60% ont entre 10 à 20 ans d'expérience
- 9 des praticiens soit 7,6% ont plus de 20 ans d'expérience

La majorité des répondants, soit 3/4 d'entre eux, affichent une expérience professionnelle de plus de 5 ans, dénotant ainsi une expertise confirmée dans leur domaine respectif. Il est intéressant de noter qu'il y a une prévalence significative de répondants (41,5% et 26,3%) ayant une expérience professionnelle entre 0 et 10 ans, ce qui suggère une proportion non négligeable de professionnels avec une formation initiale relativement récente et donc des connaissances basées sur les recommandations actuelles.

11.1.1.3 Lieu d'exercice des professionnels de santé

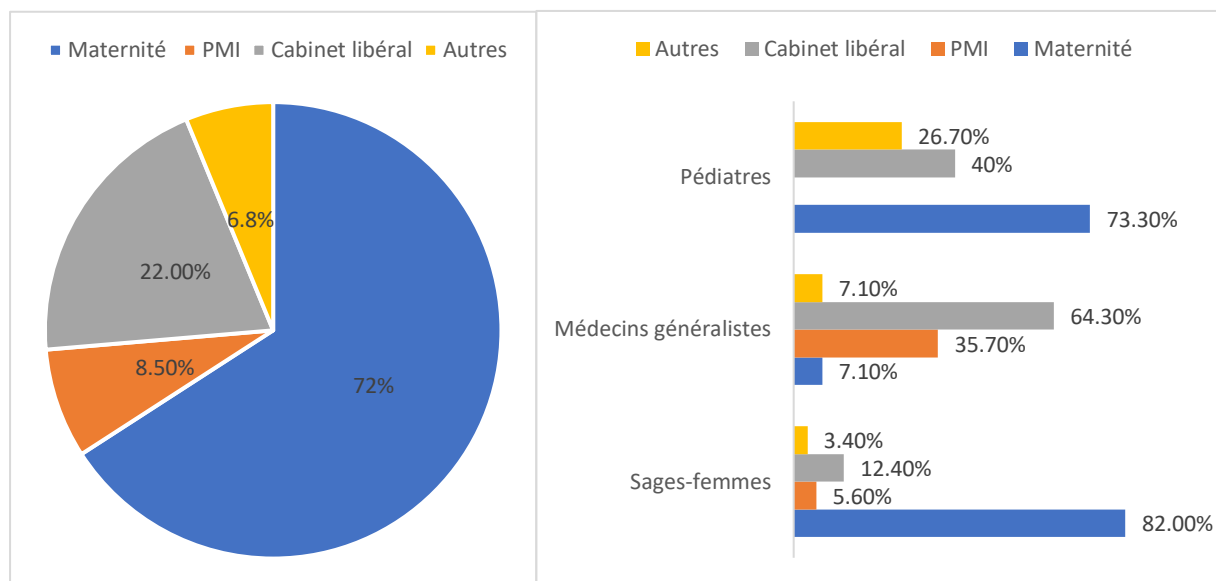


Figure 7 : Répartition des professionnels de santé en fonction de leur lieu d'exercice.

- Près des trois quarts (72%) des répondants exercent au sein d'un service de maternité dans une structure hospitalière, avec une représentation majoritaire des sages-femmes (82%), des pédiatres (73,30%), et une présence très limitée soit un seul médecin généraliste (7,1%).
- En revanche, un peu plus d'un cinquième (22%) des répondants exercent en cabinet libéral, soit 63,4% des médecins généralistes, 40% des pédiatres et seulement 12,4% des sages-femmes.
- 8,5% des répondants exercent en PMI, avec plus 1/3 de médecins généralistes (35,70%) et seulement 5,6% de sages-femmes.
- On remarque également que 6,8% des répondants exercent dans d'autres structures, 26,70% des pédiatres (CAMSP, service de pédiatrie), 7,1% des médecins généralistes (soit uniquement 1 médecins) et 3,4% de sages-femmes (dispensaires, réserve sanitaire).
- Notons également que 9 professionnels, soit 7,6%, exercent une profession mixte, combinant une activité en libéral avec une pratique en milieu hospitalier.

Nous constatons une grande diversité des lieux d'exercice parmi les professionnels de santé interrogés, avec une prédominance en service de maternité.

11.1.1.4 Présence des ostéopathes en service de maternité selon les professionnels de santé

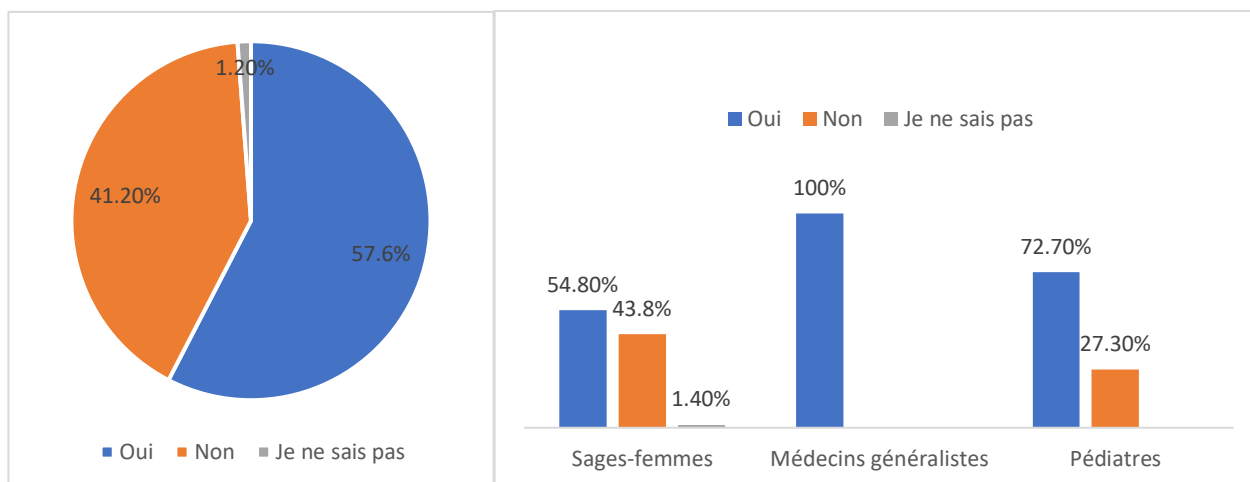


Figure 8 : Présence des ostéopathes en service de maternité.

- 49 des professionnels soit plus de la moitié des répondants (57,6%) exerçant en maternité bénéficient de la visite d'un ostéopathe dans leur service soit 40 sages-femmes (54,80%) 1 médecin généraliste (100%) et 8 pédiatres (72,70%).
- 35 des professionnels soit 41,20% n'en bénéficient pas dont 32 sages-femmes (43,8%) et 3 pédiatres (27,3%).

Ces résultats suggèrent que les consultations d'ostéopathie sont largement présentes dans les maternités. On peut se demander si la présence d'ostéopathes dans les maternités pourrait influencer les réponses des professionnels de santé, notamment leurs connaissances et leurs perceptions concernant l'efficacité et la pertinence de l'ostéopathie chez le nouveau-né. Nous analyserons plus en détail cet aspect, ultérieurement dans notre analyse.

11.1.1.5 Perceptions des professionnels de santé sur le droit des ostéopathes à traiter les nouveau-nés

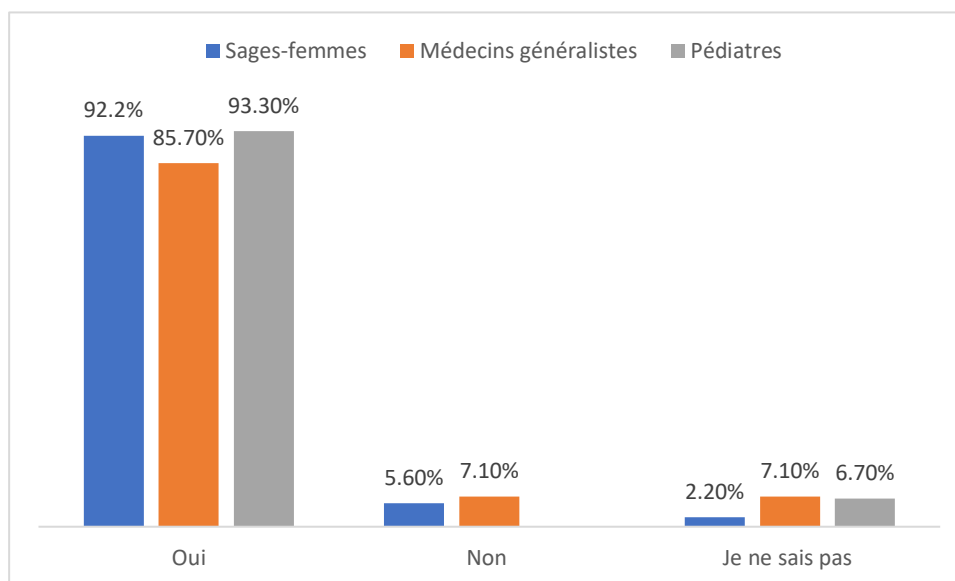


Figure 9 : Réponses des professionnels de santé sur le droit des ostéopathes à traiter des nouveau-nés.

- Une grande majorité des professionnels de santé interrogés pensent que les ostéopathes ont le droit de traiter des nouveau-nés soit 92,2% de sages-femmes, 85,70% des médecins généralistes et 93,3% des pédiatres.

Ces résultats indiquent une forte acceptation de la pratique de l'ostéopathie chez les nouveau-nés parmi les professionnels de santé interrogés, avec une grande majorité d'entre eux affirmant que les ostéopathes ont le droit de traiter les nouveau-nés.

11.1.1.6 Niveau de connaissance des professionnels de santé sur l'ostéopathie du nouveau-né

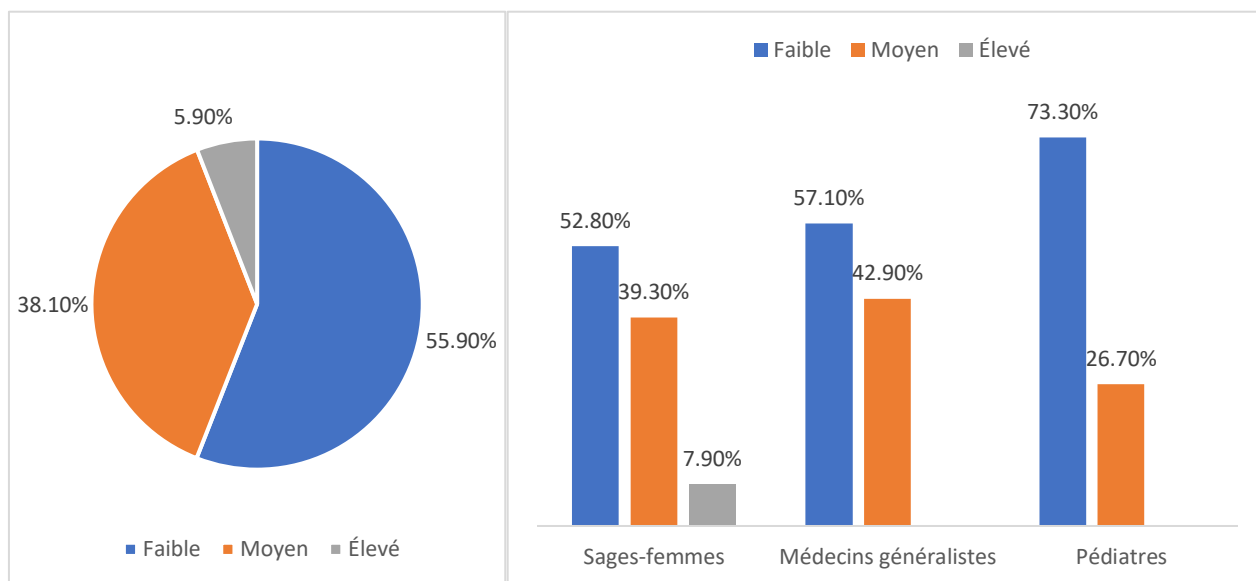


Figure 10 : Niveau de connaissances des professionnels de santé sur l'ostéopathie du nouveau-né.

- 55,9% des professionnels interrogés affirment avoir une connaissance faible sur l'ostéopathie du nouveau-né, soit 52,8% de sages-femmes, 57,10% de médecins généralistes et 73,3% de pédiatres.
- 38,10% affirment avoir une connaissance moyenne soit 39,3% de sages-femmes, 42,9% de médecins généralistes et 26,7% de pédiatres.
- Seulement 5,9% estiment avoir une connaissance élevée, 7,90% exclusivement des sages-femmes.

Une majorité conséquente de professionnels, indépendamment de leur parcours de formation, expriment un niveau faible de connaissances concernant l'ostéopathie du nouveau-né. Cette perception soulève des interrogations sur l'impact potentiel de ce manque de connaissances sur leurs décisions d'orientation des patients par exemple. (Figures 17 & 18)

La concentration des réponses, certes très minoritaires mais uniquement des sages-femmes, qui déclarent posséder une connaissance élevée, pourrait également être à l'origine du taux plus haut de participation de cette profession. D'autre part, cela pourrait s'expliquer par l'intérêt particulier que portent les sages-femmes à cette pratique.

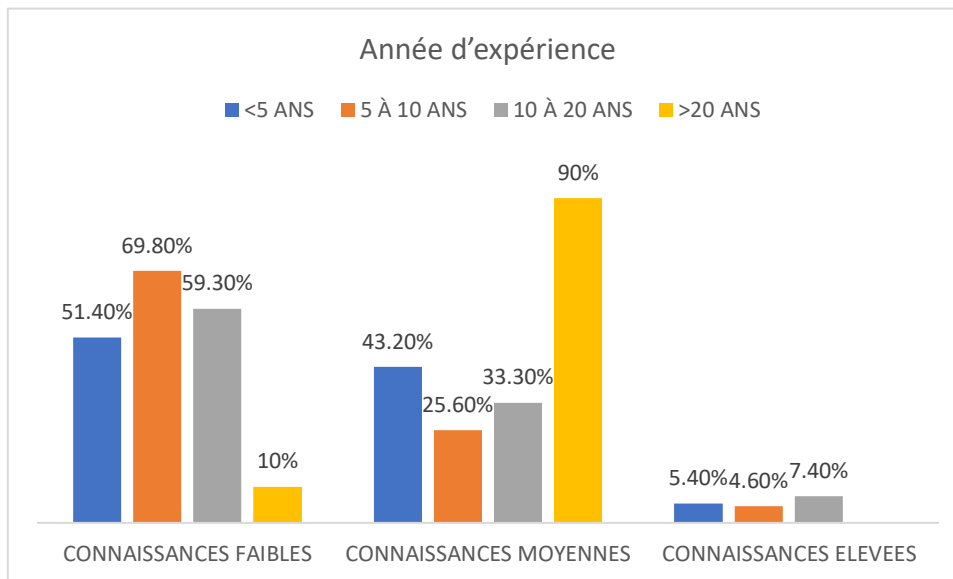


Figure 11 : Corrélation entre l'expérience des professionnels de santé et leurs connaissances sur l'ostéopathie des nouveau-nés.

En croisant nos données avec plusieurs réponses, on observe qu'une majorité des répondants, ayant une expérience professionnelle comprise entre 0 à 20 ans, estime avoir des connaissances limitées sur le sujet de l'ostéopathie du nouveau-né. En revanche, ce sont les professionnels de santé avec plus de 20 ans d'expérience qui estiment avoir une connaissance moyenne de cette pratique.

D'après ces données, on peut penser que les professionnels de santé ayant une expérience plus longue, ont peut-être eu plus d'opportunités de se familiariser avec l'ostéopathie des nouveau-nés au fil de leur carrière. De plus, ils peuvent avoir bénéficié de l'évolution des connaissances et des pratiques dans ce domaine au cours des années. Ces professionnels plus expérimentés, sont peut-être plus confiants dans leur pratique et sont plus enclins à explorer la médecine complémentaire, s'écartant ainsi des protocoles conventionnels. Cependant, malgré la croissance de la popularité de l'ostéopathie ces dernières années, les professionnels de santé les moins expérimentés semblent présenter des connaissances limitées dans ce domaine. On peut se poser la question de l'intégration encore aujourd'hui de cette pratique dans les programmes de formation initiale des professions médicales.

11.1.1.7 Compréhension des professionnels de santé sur l'ostéopathie chez le nouveau-né

Qu'est-ce que l'ostéopathie chez le nouveau-né du point de vue des professionnels de santé interrogés ? Afin de faciliter le dépouillement, les réponses ont été regroupées en sous-groupes d'idées similaires. (Question 8)

- **Aide à l'allaitement maternel, troubles de la succion, aide à l'ouverture de bouche.**

Cette thématique a été largement citée par 54 professionnels, quasiment 1 professionnel sur 2. En effet, comme nous l'avons souligné dans notre cadre conceptuel, l'ostéopathie structurelle peut jouer un rôle important dans le traitement des troubles de la succion et de la déglutition d'origine mécanique. Cependant, ces données ont été citées seulement par un seul médecin généraliste sur 14 interrogés. Ce sont donc les pédiatres et les sages-femmes qui ont largement cité cette thématique. En effet, on peut ainsi penser que les sages-femmes et les pédiatres ont une formation plus spécialisée ou une expérience spécifique dans le domaine de l'allaitement maternel et des troubles de la succion chez les nouveau-nés, ce qui les rend plus enclins à mentionner cette problématique. Comme nous l'avons constaté dans notre cadre conceptuel, les médecins généralistes ont bénéficié de peu d'heures de formation sur l'allaitement maternel au cours de leurs études médicales. Cette lacune pourrait avoir une incidence sur leur sensibilisation et leur pratique dans ce domaine.

De plus, dans mon échantillon de répondants, la plupart travaillent en service de maternité. L'importance de l'initiation à l'alimentation et la mise en place de l'allaitement maternel ressortent particulièrement dans ce contexte. On peut se demander si une répartition équilibrée entre les répondants exerçant en milieu hospitalier et libéraux conduirait à des réponses différentes. En effet, les professionnels en milieu hospitalier s'occupent généralement de nouveau-nés âgés de 0 à 7 jours, tandis que ceux en pratique libérale voient les nouveau-nés après cette période.

- **Après un accouchement traumatique, dystocique ou instrumentalisé**

Cité 40 fois, ce point met en évidence comme nous l'avons souligné dans notre cadre conceptuel que le déroulement de l'accouchement est un élément indispensable à investiguer. Cela permet de mettre en évidence d'éventuelles contraintes sur le fœtus pendant l'accouchement. Ces données ont été relevées principalement par des professionnels exerçant en milieu hospitalier (seulement 8 professionnels exerçant en cabinet libéraux et PMI soit 28,6%). Ces professionnels sont en effet directement impliqués dans les accouchements

et confrontés aux complications qui peuvent survenir. En revanche, la faible proportion des répondants exerçant en cabinet libéral et en PMI suggère peut-être un niveau de sensibilisation moindre à cette question dans ces lieux d'exercice. Cela souligne ainsi un possible besoin de sensibilisation ou de formation supplémentaire envers ces professionnels de santé.

- **Torticolis, asymétrie posturale et plagiocéphalie**

La notion de torticolis a été relevé 27 fois, par l'ensemble des professionnels exerçant en maternité comme en libéral. En effet, comme nous l'avons souligné dans notre cadre conceptuel, le torticolis musculaire congénital (TMC) est la troisième déformation néonatale la plus fréquente. L'asymétrie posturale a également été mentionnée six fois comme un problème pour lequel l'ostéopathie pourrait être envisagée chez les nouveau-nés.

Cela met en avant que les professionnels de santé sont attentifs à la posture du nouveau-né et reconnaissent son impact sur leur développement psycho-moteur.

La plagiocéphalie a été citée 14 fois par l'ensemble des professionnels, sans distinction entre leur fonction et leur lieu d'exercice. Cet élément met en évidence le rôle de l'ostéopathie dans le traitement des déformations crâniennes chez les nouveau-nés. Les données recueillies auprès des professionnels de santé corroborent avec les informations présentées précédemment. Ces données soulignent le rôle crucial des professionnels de santé en tant qu'acteurs essentiels dans la détection précoce de cette problématique.

- **« Lever des tensions »**

L'expression « lever des tensions » est mentionnée à 20 reprises par les professionnels interrogés. Dans notre cadre conceptuel, nous avons expliqué que ces « tensions » peuvent représenter des lésions ostéopathiques tissulaires réversibles, susceptibles de causer des restrictions articulaires ou tissulaires. Libérer « ces tensions » vise à rétablir l'équilibre mécanique du corps, permettant ainsi une meilleure adaptation aux diverses contraintes internes ou environnementales.

Cependant, l'utilisation de l'expression « lever des tensions » peut sembler vague et peu spécifique. En effet, elle ne précise pas clairement comment ces tensions sont identifiées ou évaluées, ni comment elles sont traitées par l'ostéopathe structurel. Il serait utile d'approfondir et de clarifier cette notion pour mieux comprendre le travail effectué par les ostéopathes structurels.

- **Troubles digestifs, RGO et coliques**

Ces termes ont été cités respectivement 11, 9 et 7 fois, principalement par des professionnels exerçant en milieu libéral ou en PMI. Cette répartition peut s'expliquer par le fait que les professionnels en milieu hospitalier sont généralement amenés à traiter des nouveau-nés âgés de 0 à 7 jours, tandis que ceux en pratique libérale voient les nouveau-nés après cette période. Il semble donc logique que ces signes apparaissent souvent après les premiers jours de vie du nouveau-né, ce qui pourrait expliquer la plus grande fréquence de leur mention parmi les professionnels en pratique libérale ou en PMI.

- **Manipulations chez le nouveau-né réalisables dès les premiers jours de vie**

Le constat selon lequel les manipulations chez le nouveau-né sont réalisables dès les premiers jours de vie a été mentionné à 8 reprises, par 6 professionnels travaillant en maternité et 2 en cabinet libéral. Il est envisageable que cette observation ne soit pas influencée par la présence d'un ostéopathe dans leur service, car elle est constatée de manière similaire dans les deux contextes professionnels. Cela suggère que la possibilité de réaliser des manipulations chez les nouveau-nés dès les premiers jours de vie est une observation pertinente et significative, indépendamment de l'environnement professionnel spécifique des praticiens de santé.

- **Malposition des pieds**

Cette indication a été citée quatre fois. En effet, comme nous l'avons souligné dans notre cadre conceptuel, en tant qu'ostéopathe, il est important de savoir identifier ces malpositions pour orienter les parents si cela n'a pas été réalisé vers un kinésithérapeute.

- **Législation de la pratique**

L'interdiction de manipulation sans certificat de non contre-indication médicale pour un nourrisson de moins 6 mois a été relevée 8 fois.

De plus, il est relevé à quatre reprises qu'il n'existe **aucune preuve scientifique** de l'efficacité de l'ostéopathie chez le nouveau-né, suscitant ainsi des préoccupations quant à son utilisation. Cette réserve exprimée par certains professionnels, bien que minoritaires, souligne le besoin d'une base de preuves solides pour justifier l'utilisation de l'ostéopathie chez les nouveau-nés, en particulier parmi les professionnels médicaux qui sont habitués à adopter une approche scientifique. Par ailleurs, il est mentionné à quatre reprises que les professionnels interrogés

présentent un **manque de connaissances sur l'ostéopathie** chez le nouveau-né. Certains répondants ont également exprimé des préoccupations concernant la sécurité de l'ostéopathie chez les nouveau-nés, notant que c'est **dangereux** (3 fois) et qu'il n'y a **pas d'indications claires** pour son utilisation (3 fois). Ces professionnels savent-ils ce qu'est une mobilisation ostéopathique sur un nouveau-né ? Ont-ils connaissance de notre anamnèse précise avec la levée des drapeaux rouges ? On peut se demander si ces préoccupations peuvent être alimentées par des dérives, de plus en plus exposées sur les réseaux sociaux notamment. Ou bien simplement un manque de communication et de travail en réseau. Les différences entre les courants ostéopathiques et les techniques pratiquées peuvent également contribuer à ces divergences de compréhension. Il apparaît important de promouvoir une meilleure compréhension de l'ostéopathie chez le nouveau-né au sein de la communauté médicale.

11.1.1.8 Connaissances des professionnels de santé sur les champs de compétence de l'ostéopathe

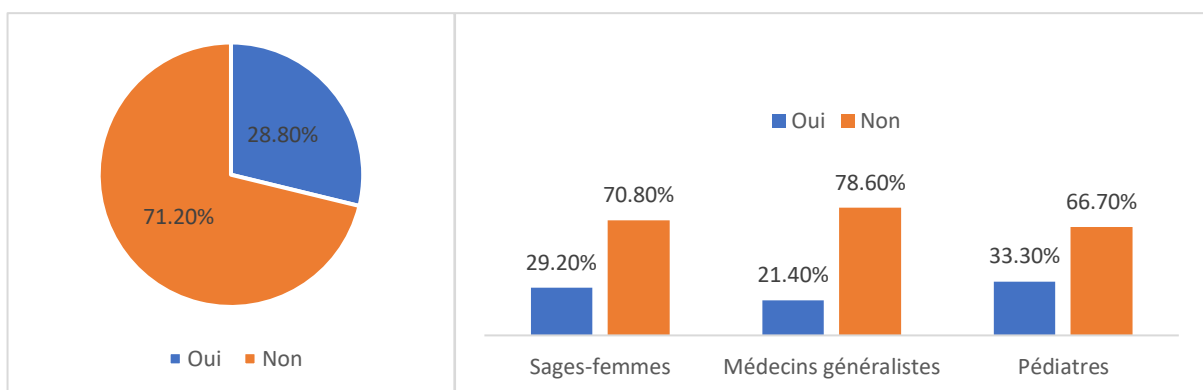


Figure 12 : Connaissance des champs de compétences de l'ostéopathe par les professionnels de santé.

- 71,20% des soignants répondent ne pas connaître les champs de compétences des ostéopathes dont 70,80% de sages-femmes, 78,60% de médecins généralistes et 66,70% de pédiatres.

Comment peut-on orienter les nouveau-nés si on ne connaît pas les champs de compétences de l'ostéopathe ? Nous approfondirons cette question dans les prochaines phases de notre analyse (Figures 17 & 18).

11.1.1.9 Vision des professionnels de santé sur l'ostéopathie chez le nouveau-né

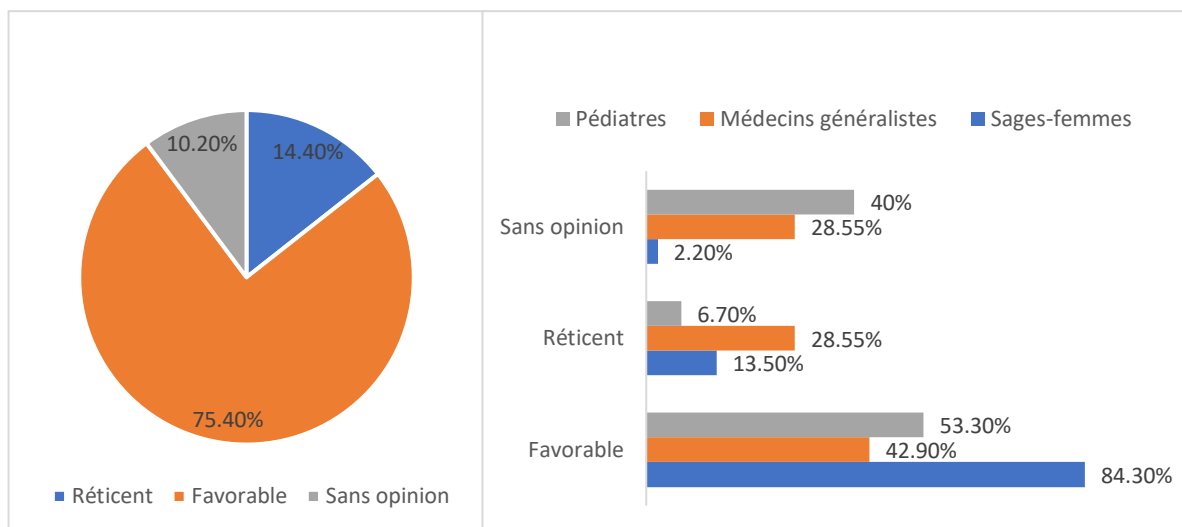


Figure 13 : Vision de l'ostéopathie chez le nouveau-né par les professionnels de santé.

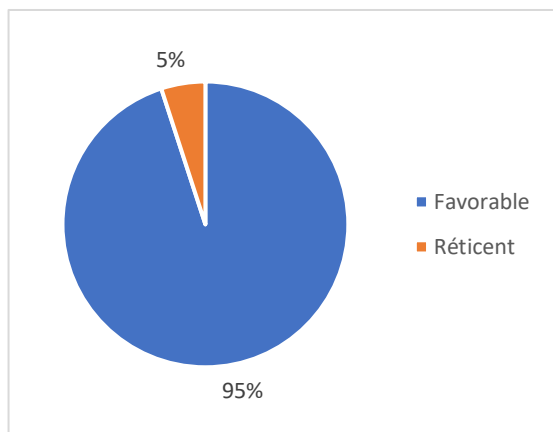
- **89 soit les $\frac{3}{4}$ des répondants (75,4%) sont favorables**
- **17 soit 14,4% sont réticents**
- **12 soit 10,20% sont sans opinion**

11.1.1.9.1 Les professionnels de santé interrogés favorables

Sur les 89 praticiens favorables :

- 75 sages-femmes sur 89 (84,3%)
- 8 pédiatres sur 15 (53,3%)
- 6 médecins généralistes sur 14 (42,9%)

L'analyse des réponses des médecins généralistes révèle une répartition plus mitigée quant à leur position sur l'ostéopathie chez les nouveau-nés. Il est intéressant de noter que la totalité des médecins généralistes interrogés exercent en cabinet libéral. Cette constatation soulève une question pertinente : est-ce que ces médecins généralistes ont déjà eu des interactions ou des retours avec des ostéopathes dans le cadre de la prise en charge des nouveau-nés ?



95% donc quasiment la totalité des sages-femmes travaillant en maternité où exerce un ostéopathe dans le service sont favorables à l'ostéopathie chez le nouveau-né.

L'analyse croisée de ces données sont assez révélatrices en faveur de l'ostéopathie chez le nouveau-né dans les maternités où un ostéopathe exerce. Il semblerait donc logique de penser que le contact direct avec l'ostéopathe, ainsi que les résultats observés sur les nouveau-nés après des séances d'ostéopathie, renforcent la confiance et la perception positive des sages-femmes à l'égard de cette pratique.

	RETOURS POSITIFS SUR LA PRATIQUE	BONS RÉSULTATS SUR LES SYMPTOMES DES NOUVEAU-NÉS	FAVORABLE À L'OSTÉOPATHIE EN GÉNÉRAL	CONNAISSANCES DES MANIPULATIONS
SAGES-FEMMES	76%	82,6%	89,3%	9,3%
PEDIATRES	100%	62,5%	37,5%	25%
MÉDECINS G.	83,3%	83,3%	66,7%	0%

L'ensemble des professionnels s'accordent à dire qu'ils reçoivent quasi tous des retours positifs. Les sages-femmes et les médecins généralistes sont également d'accord pour dire que l'ostéopathie a de bons résultats sur le nouveau-né, c'est plus nuancé chez les pédiatres. Une grande majorité des sages-femmes sont favorables à l'ostéopathie en général, ce n'est que 1/3 des pédiatres et 2/3 des médecins généralistes. Ces observations suggèrent que, si des obstacles existent, ils sont probablement d'origine professionnelle plutôt que liés aux retours des patients.

11.1.1.9.2 Les professionnels de santé interrogés réticentes

Sur les 17 praticiens réticents :

- 4 médecins généralistes sur 14 (28,55%)
- 12 sages-femmes sur 89 (13,50%)
- 1 pédiatre sur 15 (6,70%)

	DANGEREUX POUR LE BÉBÉ	MANQUE DE PREUVES SCIENTIFIQUES	DÉFAVORABLES À L'OSTÉOPATHIE EN GÉNÉRAL	MÉCONNAISSANCES DES MANUPLICATIONS
SAGES- FEMMES	75%	100%	50%	8,30%
PEDIATRE	100%	100%	0%	100%
MÉDECINS G.	50%	100%	50%	0%

L'absence de preuves scientifiques semble susciter des préoccupations pour l'ensemble des professionnels interrogés. Les professionnels de santé auraient-ils une confiance différente envers un ostéopathe professionnel de santé spécialisé en périnatalité ?

11.1.1.10 Niveau de confiance des professionnels envers des ostéopathes professionnels de santé spécialisés en périnatalité

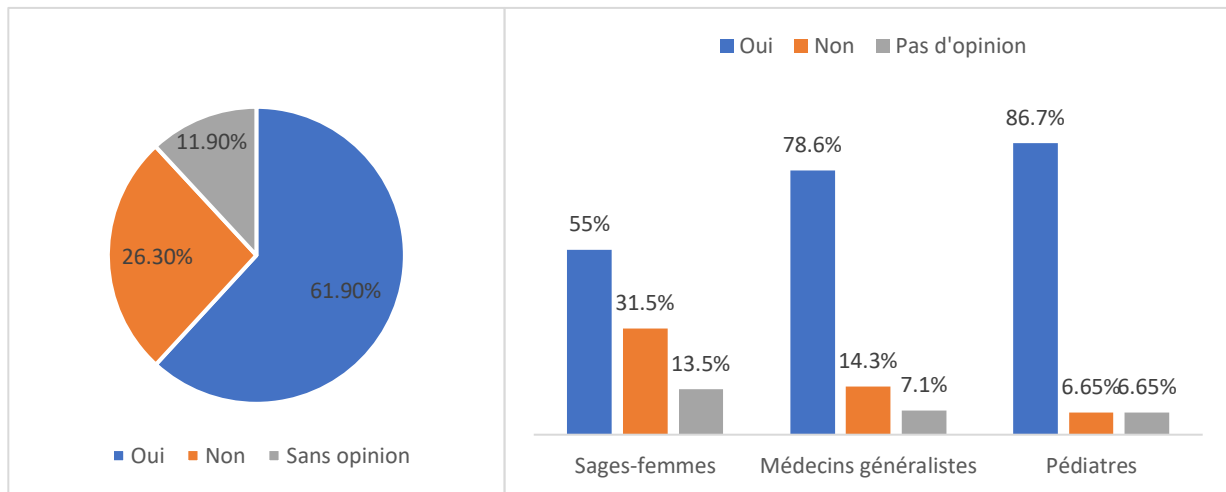


Figure 14 : Confiance des professionnels de santé envers les ostéopathes professionnels de santé spécialisés en périnatalité.

- 61,90% des praticiens ont répondu avoir plus confiance en un ostéopathe professionnel de santé et spécialisé en périnatalité. 86,7% des pédiatres interrogés l'affirment, 75,6% des médecins généralistes et 55% des sages-femmes.

En effet, les praticiens affirment à la question « si oui, pourquoi ? » que l'ostéopathe professionnel de santé spécialisé en périnatalité a de « *meilleure connaissance de la physiologie du nouveau né et de l'accompagnement à la parentalité et l'allaitement* ».

Ils soulignent également que le thérapeute est « *plus à l'aise dans les manipulations du bébé et dans ses réactions.* » Un pédiatre répondant à la question stipule que : « *Je pense que tout soignant prenant en charge un nouveau-né doit être formé. Par ailleurs le premier mois de vie, représente une transition entre la vie intra utérine et extra-utérine, en comprendre les enjeux est fondamental.* »

En effet, les retours des professionnels interrogés reflètent ce que nous avons mis en avant dans notre cadre conceptuel. Une compréhension approfondie des besoins spécifiques du nouveau-né revêt une importance cruciale pour une approche efficace de l'ostéopathie chez ce jeune patient.

De plus, on observe que les médecins sont davantage enclins à faire confiance à un ostéopathe qui est un professionnel de santé spécialisé en périnatalité. Cette tendance peut s'expliquer par leur formation très axée sur les sciences, qu'ils se sentent plus en confiance avec un professionnel ayant un diplôme d'État et partageant le même langage médical.

11.1.2 Pratiques et perceptions des professionnels de santé concernant l'ostéopathie chez les nouveau-nés

11.1.2.1 Communication entre les professionnels de santé et les parents concernant l'ostéopathie chez le nouveau-né.

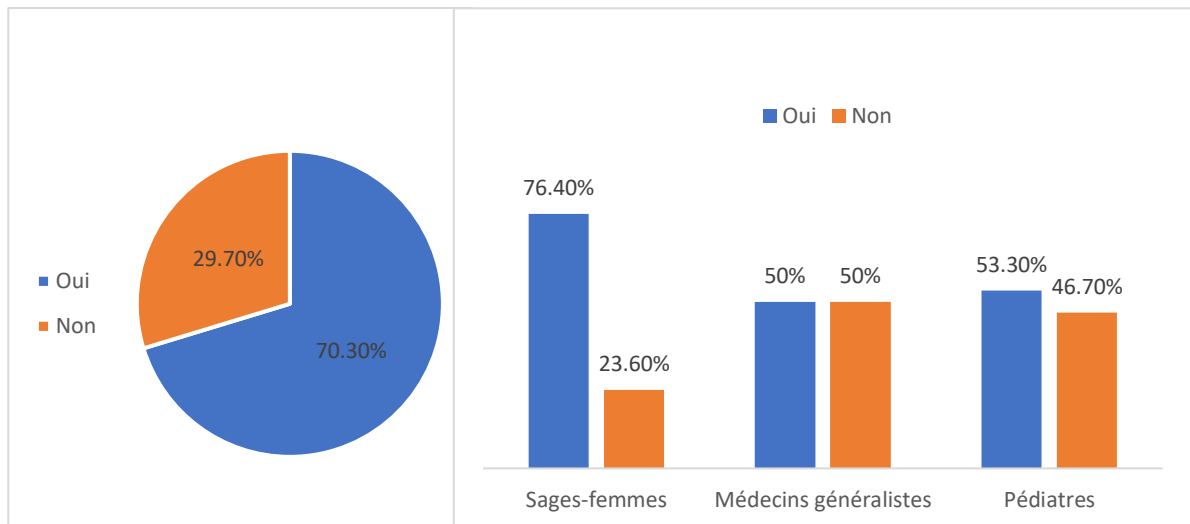


Figure 15 : Communication autour de l'ostéopathie chez le nouveau-né entre les parents et les professionnels de santé.

- 70,30% des répondants se sentent à l'aise pour discuter de l'ostéopathie chez le nouveau-né avec les parents. Cela concerne 76,4% des sages-femmes, la moitié des médecins généralistes interrogés et 53,3% des pédiatres.
- 29,7% des répondants ne se sentent cependant pas à l'aise dont 23,60% de sages-femmes, la moitié de médecins généralistes et 46,7% de pédiatres.

Les sages-femmes semblent avoir une aisance pour communiquer avec les parents. Cette facilité pourrait être dû à leur formation spécifique, qui met l'accent sur une approche globale centrée sur la famille, plus ouvertes aux médecines dites complémentaires.

11.1.2.2 Orientation des nouveau-nés vers un ostéopathe par les professionnels de santé

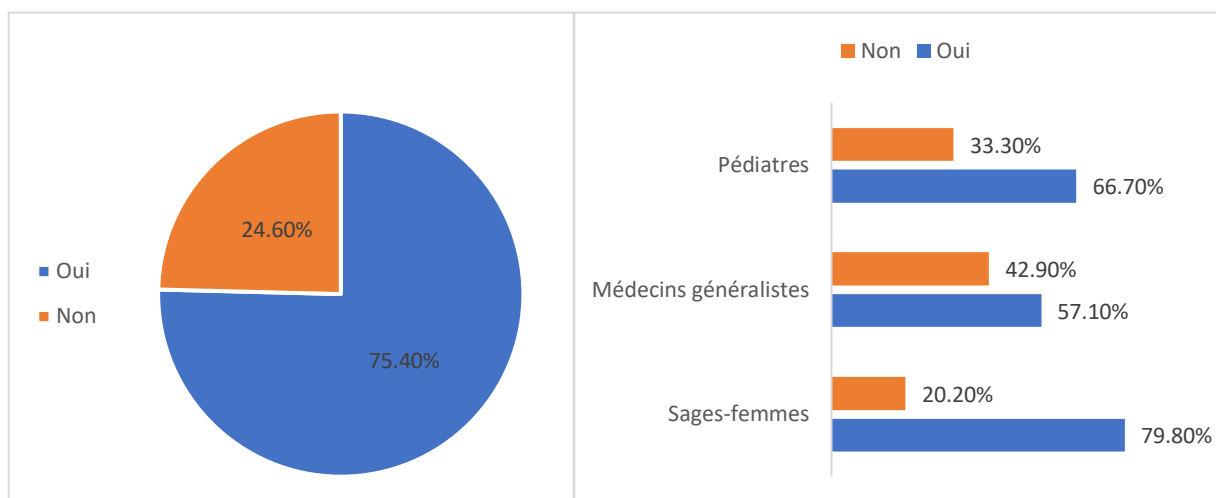
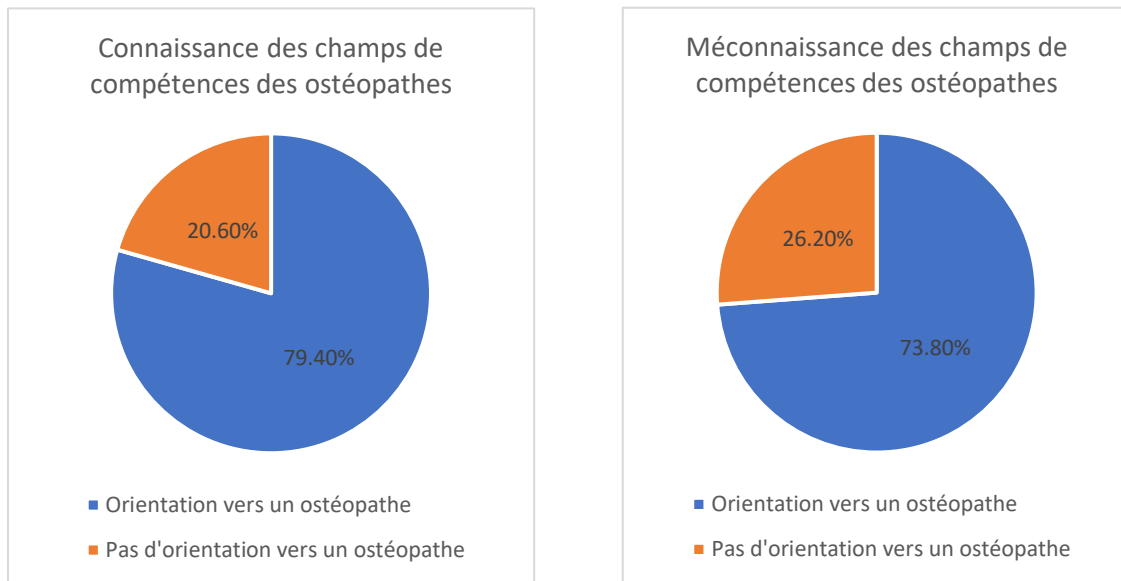


Figure 16 : Orientation des nouveau-nés par les professionnels de santé vers un ostéopathe.

- 75,40 % des professionnels de santé interrogés ont l'habitude de réorienter les nouveau-nés vers un ostéopathe, soit 3/4 des praticiens. Chez les sages-femmes, cela représente 79,8%. Chez les pédiatres la réorientation est de 66,7%. Chez les médecins généralistes, il s'agit de 57,1%.
- 1/4 des personnes interrogées ne réorientent jamais leurs patients, soit 42,9% des médecins généralistes, 33,3% des pédiatres et 20,2% des sages-femmes.

Ces chiffres montrent que l'ostéopathie est ancrée dans le parcours de soin des nouveau-nés. Cependant, on observe tout de même des disparités en fonction des professions car un peu moins de la moitié des médecins généralistes n'orientent pas vers un ostéopathe et 1/3 des pédiatres. D'où vient ce blocage ? Est-ce que les médecins et pédiatres ont le sentiment d'impliquer leur responsabilité professionnelle que d'orienter vers une pratique qui manque de données probantes et de recommandations officielles ?

On peut se demander, est-ce qu'il existe une corrélation entre l'orientation des nouveau-nés par les professionnels de santé vers un ostéopathe et leurs connaissances sur les champs de compétences de cette pratique ?



Figures 17 & 18 : Corrélation entre l'orientation des nouveau-nés par les professionnels de santé vers un ostéopathe et leurs connaissances sur les champs de compétences de cette pratique.

Le taux d'orientation des nouveaux-nés vers un ostéopathe ne diffère pas selon la connaissance ou non des professionnels de santé du champ de compétence de l'ostéopathie. Cette constatation suggère que la familiarité des professionnels de santé avec les compétences spécifiques des ostéopathes n'a pas d'impact significatif sur la décision d'orienter les nouveau-nés vers un ostéopathe. Cela pourrait indiquer que d'autres facteurs, tels que les préférences des parents, les croyances individuelles des professionnels de santé, peuvent jouer un rôle plus important dans le processus de décision. En outre, cela souligne un besoin de sensibilisation accrue ou de formation supplémentaire pour les professionnels concernant l'application et les bénéfices potentiels de l'ostéopathie chez les nouveau-nés. Nous allons voir pour quelles raisons, et dans quels cas précis l'ostéopathie fait office de relais aux stratégies de soins plus conventionnelles.

11.1.2.2.1 Avis favorables des répondants pour l'orientation des nouveau-nés vers un ostéopathe

Une question ouverte portant sur les raisons pour lesquelles les professionnels de santé orientent les nouveau-nés vers l'ostéopathie a été posée aux participants dans le questionnaire (question 17). Les principales motivations évoquées pour l'orientation vers l'ostéopathie sont :

- **L'aide à la mise en place de l'allaitement maternel**, mentionnée à 18 reprises, mais déjà citée 54 fois lors de la question 8.
- **Les retours positifs sur l'efficacité de l'ostéopathie**, rapportés par 11 praticiens, attestant de son impact bénéfique observé dans la pratique clinique et **l'efficacité de l'ostéopathie**, mentionnée 8 fois.
- **La prise en charge de la plagiocéphalie et des défauts de mobilité cervicale comme le torticolis**, citée 10 fois, mais 47 fois lors de la question 8.
- **Les cas d'accouchements difficiles**, évoqués 7 fois, mais déjà cités 40 fois lors de la question 8.
- **L'amélioration du confort du nouveau-né**, relevée 7 fois, mais déjà citée 6 fois lors de la question 8.
- **La prévention des troubles potentiels**, évoquée à 5 reprises, indiquant que l'ostéopathie peut être utilisée comme mesure préventive.
- **Les limites de la médecine traditionnelle**, mentionnées 4 fois, soulignant le recours à l'ostéopathie lorsque d'autres approches médicales ont atteint leurs limites.
- **La demande des parents**, citée 2 fois, mettant en évidence l'influence des attentes des parents dans l'orientation vers l'ostéopathie.
- **Les problèmes digestifs** chez les nouveau-nés, signalés 2 fois mais déjà cités 27 fois lors de la question 8.
- **Le gain de temps et l'optimisation des prises en charge**, mentionnés une fois, soulignant l'efficacité et l'efficience de l'ostéopathie dans une prise en charge pluridisciplinaire.

Ces résultats mettent en lumière la diversité des raisons qui motivent les professionnels de santé à orienter les nouveau-nés vers l'ostéopathie, démontrant ainsi son rôle diversifié dans la prise en charge pédiatrique et le soutien aux familles.

Ces données peuvent être couplées avec la question portant sur les signes ou symptômes chez un nouveau-né pouvant amener à recommander une consultation chez un ostéopathe (question 19). Les signes les plus fréquemment cités sont :

Troubles de l'alimentation :

- **Difficulté à l'allaitement maternel et troubles de la succion** (signalés 6 fois), déjà cité dans les réponses précédentes (question 8 et 17).
- Un **défaut d'ouverture de bouche**, mentionné 3 fois, déjà cité dans les réponses précédentes (question 8 et 17).
- **Problèmes de prise alimentaire au biberon** (évoqués 3 fois).

Troubles cervicaux et crâniens, déjà mentionnés dans les réponses précédentes :

- **Torticolis** (relevé 14 fois)
- **Plagiocéphalie** (rapportée 9 fois)
- **Déformation visible de la tête** du nouveau-né (citée 8 fois)
- **Défaut de mobilité de la tête d'un côté** (mentionné 8 fois)
- **Prévention de la plagiocéphalie** (citée 2 fois)
- **Attitude vicieuse** (identifiée 2 fois)

Troubles gastro-intestinaux, déjà mentionnée dans les réponses précédentes :

- **Troubles digestifs** (évoqués 6 fois)
- **Constipation** (décrite 5 fois)
- **Reflux gastro-œsophagien (RGO)** (identifié 6 fois)
- **Coliques** (notées 9 fois)

Autres symptômes et signes :

- **Pleurs importants** (observés 7 fois)
- **Troubles de la mobilité générale** (cités 4 fois)
- **Troubles du sommeil** (cités 3 fois)

Antécédents d'accouchement :

- **Accouchement traumatique** (évoqué 11 fois), déjà abordé dans les réponses précédentes.

Aucune indication (relevée 4 fois), réponse exprimée par les professionnels réticents à l'ostéopathie.

L'analyse des résultats met en lumière la prévalence de motifs récurrents justifiant l'orientation des nouveau-nés vers l'ostéopathie. Cela renforce l'idée de l'ostéopathie comme une approche pertinente dans la prise en charge pédiatrique, offrant une réponse complémentaire à divers troubles chez le nouveau-né.

Qu'en est-il des professionnels de santé défavorables à la réorientation vers un ostéopathe ?

11.1.2.2 Avis défavorables des répondants pour l'orientation des nouveau-nés vers un ostéopathe

Une question ouverte portant sur les raisons pour lesquelles les professionnels de santé ne réorientent pas les nouveau-nés vers l'ostéopathie a été posée aux participants dans le questionnaire (question 18). Les motifs les plus fréquemment cités comprennent :

- Le **manque de preuves scientifiques**, évoqué 6 fois, par l'ensemble des professionnels de santé interrogés. Information relevée dans les réponses à la question 8 par les mêmes professionnels.
- Le **manque de connaissances des professionnels** pour orienter les nouveau-nés, mentionné 4 fois.
- La préférence d'orienter le patient vers un **professionnel de santé plus conventionnel**, soulignée par 3 professionnels.
- Les préoccupations concernant le risque de **dangerosité** lié aux manipulations ostéopathiques, rapportées 3 fois. Information relevée dans les réponses à la question 8 par les mêmes professionnels.
- Les **différences importantes entre les formations** en ostéopathie, relevées 2 fois.
- Jugé **inutile**, exprimé 2 fois.
- Les **difficultés financières** des parents, mentionnées également 2 fois par des professionnels exerçant en PMI.

Existe-il des critères spécifiques à prendre en compte avant d'orienter un nouveau-né vers un ostéopathe ? Une question ouverte portant sur ces critères a été posée aux participants dans le questionnaire (question 20).

- **Aucun** critère spécifique cité à 15 reprises par 14 sages-femmes et 1 pédiatre. Il est possible que les professionnels interrogés aient eu une compréhension différente de la question ou qu'ils aient interprété les « critères spécifiques » d'une manière différente lorsqu'il s'agit d'orienter un nouveau-né vers un ostéopathe.
- La **recherche de causes organiques** ou **d'urgences vitales** qui nécessiteraient bien évidemment une prise en charge médicale immédiate, sont décrites 7 fois.
- L'**absence de troubles neurologiques**, évoqué 6 fois, qui aussi nécessiteraient une exploration médicale immédiate.
- **La prématurité et le faible poids** à la naissance, considérant que ces bébés peuvent être plus vulnérables et nécessiter une prise en charge spécifique, citée 6 fois par des professionnels exerçant en hospitalier et un seul répondant en libéral. On peut penser qu'il y a une sensibilité accrue à ces questions dans le contexte hospitalier, où les bébés prématurés ou de faible poids à la naissance sont plus fréquemment rencontrés et nécessitent une attention particulière. Cela souligne l'importance pour les ostéopathes travaillant en milieu hospitalier d'être particulièrement informés aux besoins spécifiques de ces bébés et de s'y adapter.
- **L'accord du pédiatre** est souvent requis avant l'orientation vers l'ostéopathie, mentionné à 5 reprises. Ces données sont toutes citées par des sages-femmes qui exercent en service hospitalier de maternité. Il est donc plausible d'émettre l'hypothèse qu'il s'agit d'un protocole institutionnel.
- Ils prennent en compte **l'anamnèse**, incluant l'histoire de la grossesse, de l'accouchement, les antécédents familiaux et personnels, cités 4 fois.
- La présence d'antécédents de **traumatisme direct**, **l'absence de fracture**, cités 2 fois nécessiteraient une exploration médicale avant une consultation d'ostéopathie.
- La prise en compte du **budget des parents** si la prise en charge n'est pas couverte par une mutuelle, mentionné à 4 reprises.
- Ils s'assurent que l'ostéopathe pratique des **manipulations douces**, sans utiliser de techniques qui « craquent », mentionné 2 fois.
- **L'absence de troubles majeurs de posture** nécessitant une prise en charge par un kinésithérapeute, énoncé par 2 professionnels. Il est légitime de se demander si les professionnels interrogés sont conscients de la distinction entre une prise en charge en kinésithérapie et en ostéopathie. Il pourrait être intéressant de considérer la complémentarité plutôt que l'opposition entre ces deux professions.

11.1.2.3 Retours des parents suite à une séance d'ostéopathie pour leur nouveau-né

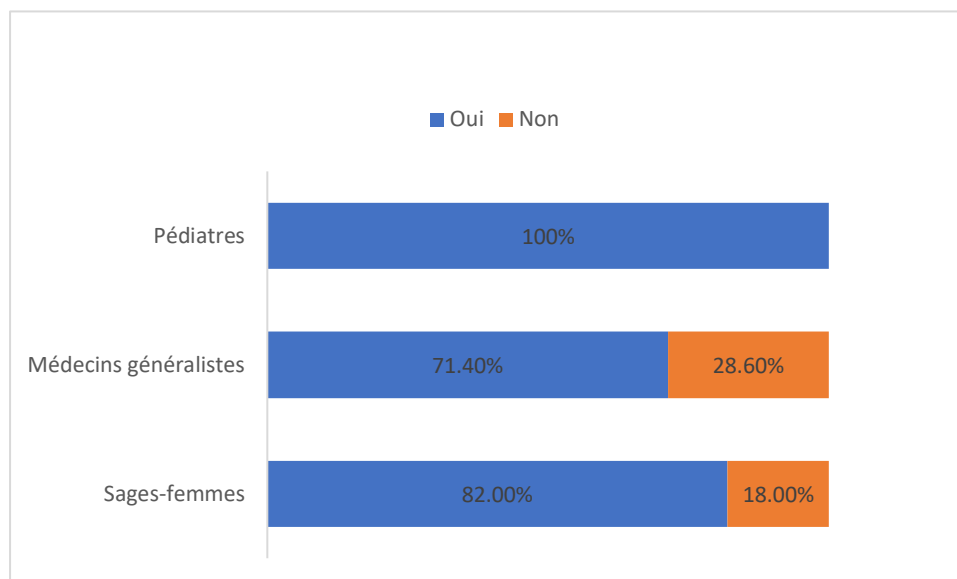


Figure 19 : Retours des parents suite à une séance d'ostéopathie.

- 100% des pédiatres ont des retours des parents suite à une séance d'ostéopathie, contre 82% des médecins généralistes et 71,4% concernant les sages-femmes.

Quels sont ces retours ? Nous avons posé la question aux professionnels interrogés. (Question 21)

Retours positifs :

- Les symptômes ont été améliorés voire ont complètement disparu, (mentionné à 18 reprises).
- Après la séance, certains bébés étaient fatigués, tandis que d'autres étaient détendus et apaisés (mentionné 15 fois).
- De nombreux parents ont rapporté une amélioration significative de la prise au sein (mentionnée 10 fois).
- Les parents étaient satisfaits, voire très satisfaits, (mentionnée 8 fois).
- Certains ont noté une réduction des douleurs pendant l'allaitement (mentionnée 5 fois).
- Une meilleure mobilité de la tête (mentionnée 5 fois).
- Des améliorations ont été observées concernant le reflux (mentionné 4 fois).
- Une amélioration générale de la mobilité a également été observée (mentionnée 4 fois).

- L'ostéopathie était perçue comme très efficace dans certains cas (mentionnée 3 fois).
- Certains ont décrit l'expérience comme « magique » (mentionné 2 fois), soulignant leur satisfaction.
- Des améliorations ont été notées au niveau de la rotation, de l'inclinaison de la tête, de l'ouverture de la bouche et de la succion.
- Les résultats positifs étaient souvent visibles dès la première ou la deuxième séance, ou lors d'un check-up rassurant sur la santé du bébé.
- Certains parents ont signalé un meilleur transit.
- Des conseils pour éviter la plagiocéphalie.
- Les résultats globalement positifs ont été remarqués, avec des impressions variables selon le praticien.
- Les parents ont trouvé les séances bénéfiques et utiles.
- Moins de pleurs, une meilleure succion et un confort digestif amélioré ont été notés.
- Certains ont même affirmé que l'ostéopathie avait « sauvé » leur allaitement maternel.
- Les parents ont également remarqué une amélioration des douleurs et une meilleure compréhension de leur enfant.
- Souvent, la consultation a résolu le problème initial pour lequel elle avait été demandée.

Retours négatifs :

- Dans certains cas, aucune amélioration franche n'a été constatée, malgré plusieurs séances (mentionné 2 fois).
- Certains parents ont exprimé leur déception après avoir dû retourner pour des séances supplémentaires qui n'ont finalement pas été efficaces.
- Des résultats peu convaincants ou une absence d'effet particulier sur l'enfant.
- Une patiente a été perturbée par les manipulations ostéopathiques sur son bébé, demandant d'arrêter la séance.

On peut en conclure que les retours des parents sont globalement positifs. Il est pertinent de souligner l'intérêt de l'ostéopathie dans certaines situations, ainsi que la période temporelle à laquelle elle est appliquée. Par exemple, dans notre cadre conceptuel, nous avons exposé le cas d'un enfant présentant une plagiocéphalie. Nous avons vu que l'efficacité ostéopathique diminue considérablement si l'enfant n'est pas pris en charge précocement avant le 3^{ème} mois. De plus, il est essentiel de reconnaître que, comme toute profession, l'ostéopathie est aussi un travail en complémentarité avec d'autres professions.

11.1.2.4 Avis des professionnels de santé sur les consultations ostéopathiques sans avis médical

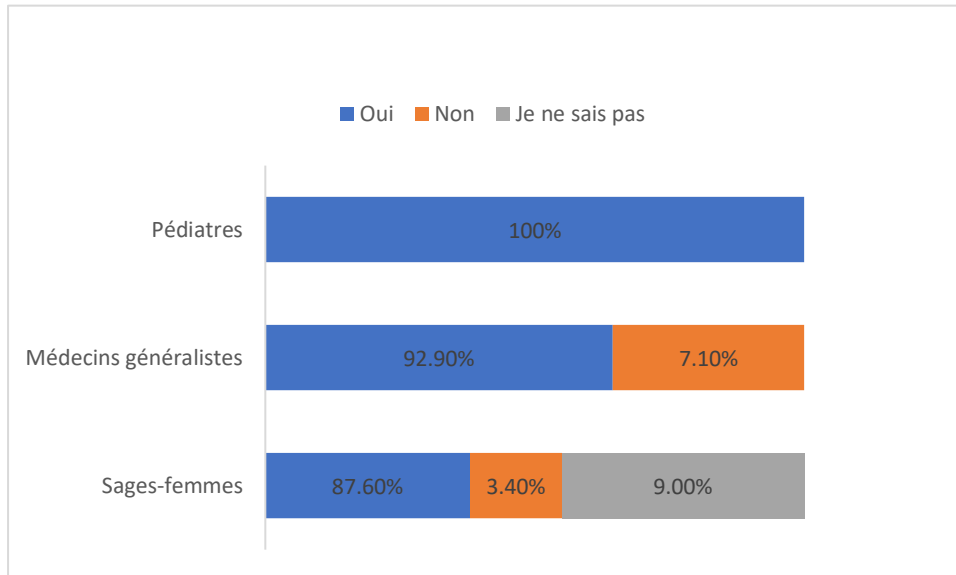


Figure 20 : Consultations ostéopathiques sans avis médical : retour des professionnels de santé.

- 100% des pédiatres pensent que les parents consultent un ostéopathe sans avis médical, 92,9% pour les médecins généralistes et 87,6% concernant les sages-femmes.
- 9% des sages-femmes ne savent pas si les parents prennent un avis médical avant une consultation ostéopathique.

Cela prouve que les parents ne sont plus à convaincre au vu de ces chiffres plus que révélateurs.

11.1.3 Formation et collaboration

11.1.3.1 Perception des professionnels de santé sur l'intérêt de la collaboration interprofessionnelle dans le suivi des nouveau-nés

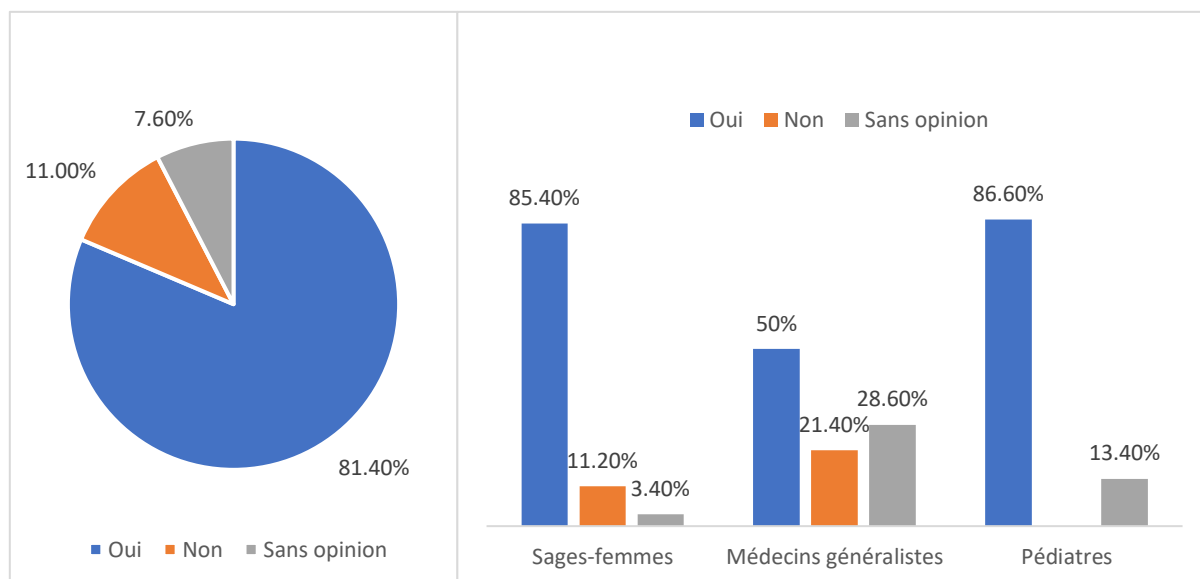


Figure 21 : Intérêt de la collaboration interprofessionnelle avec des ostéopathes dans le suivi des nouveau-nés.

- 81,40% des praticiens interrogés sont favorables à la collaboration interprofessionnelle avec des ostéopathes dont 86,60% des pédiatres, 85,40% des sages-femmes et la moitié des médecins généralistes.
- Seulement 11% des professionnels sont défavorables à la collaboration avec 21,40% des médecins généralistes, 11,20% des sages-femmes et aucun pédiatre.
- 7,60% des praticiens sont sans opinion dont 28,6% des médecins généralistes, 13,4% des pédiatres et 3,40% des sages-femmes.

La part des médecins généralistes est moindre et ne représente que la moitié des répondants. En effet, les médecins généralistes exercent principalement en cabinet libéral. Nous pouvons penser qu'ils ne bénéficient pas du même lien pluridisciplinaire spécifique que les sages-femmes et les pédiatres, qui travaillent souvent dans des structures telles que les cliniques et les hôpitaux. Aujourd'hui, de nombreuses maternités collaborent avec des professionnels de la santé non médicaux, notamment des ostéopathes comme nous l'avons vu au début de cette analyse. Cette configuration favorise donc davantage le travail en équipe pluridisciplinaire. En

effet, le travail en réseau chez les soignants libéraux est davantage professionnel dépendant tandis qu'en structure c'est plus systématique.

Cette prévalence importante suggère la possibilité d'une collaboration pluridisciplinaire dans la prise en charge du nouveau-né.

Comment favoriser cette collaboration ? C'est la question que nous avons posée aux professionnels de santé dans le questionnaire (question 25).

Tout d'abord, ils affirment que d'établir des **échanges de retours de consultations d'ostéopathie** par courrier électronique, permettrait un partage rapide et efficace d'informations entre les professionnels de santé.

De plus, ils suggèrent d'organiser des **rencontres interprofessionnelles régulières** ou des échanges par courrier pour discuter des patients et travailler dans un même sens.

Certains professionnels mettent en avant l'importance de **travailler en réseau** (mentionnée 15 fois), notamment en faisant venir les ostéopathes dans les structures de santé pour participer aux staffs ou en organisant des réunions pluridisciplinaires pour discuter des prises en charge complémentaires (cités 12 fois). L'idée de créer un réseau local en échangeant ses contacts est également évoquée pour faciliter les orientations de patientèle vers des ostéopathes spécialisés. Ils proposent d'informer davantage les professionnels de périnatalité sur **l'intérêt de l'ostéopathie** chez les nouveaux-nés (cités 8 fois), sur les compétences des ostéopathes, les **indications spécifiques** de cette pratique et les résultats attendus. Cela pourrait passer par l'organisation de **formations communes, voire par des interventions d'ostéopathes** directement en maternité. Certains envisagent **d'intégrer des ostéopathes dans les équipes** de soins périnatales.

A travers toutes ces réponses des professionnels, l'idée de renforcer la collaboration interprofessionnelle entre les ostéopathes et les professionnels de santé est présente, dans le but d'améliorer la prise en charge globale des nouveau-nés et de leurs parents.

11.1.3.2 Participation des professionnels de santé à des ateliers ou formations sur l'ostéopathie du nouveau

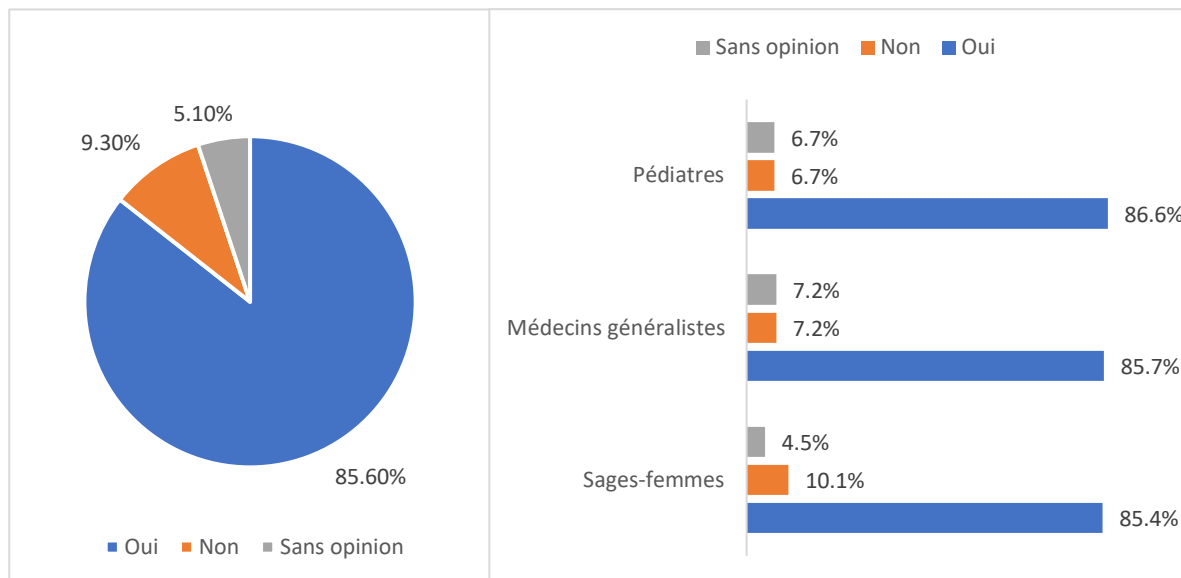


Figure 22 : Participation à un atelier ou formation courte sur l'ostéopathie : avis des professionnels de santé.

- 85,60% des praticiens interrogés sont favorables à la participation d'un atelier ou formation courte sur l'ostéopathie dont 86,60% des pédiatres, 85,70% des sages-femmes et 85,4% des médecins généralistes.
- Seulement 9,3% des professionnels sont défavorables avec 7,2% des médecins généralistes, 10,1% des sages-femmes et 6,7% des pédiatres.
- 5,10% des praticiens sont sans opinion dont 7,2% des médecins généralistes, 6,7% des pédiatres et 4,5% des sages-femmes.

Ces données révèlent une nette tendance vers l'ouverture, offrant ainsi des perspectives d'échanges prometteuses entre le corps médical et les ostéopathes.

11.1.3.3 Connaissance sur l'ostéopathie chez le nouveau-né en formation initiale ou continue des professionnels de santé

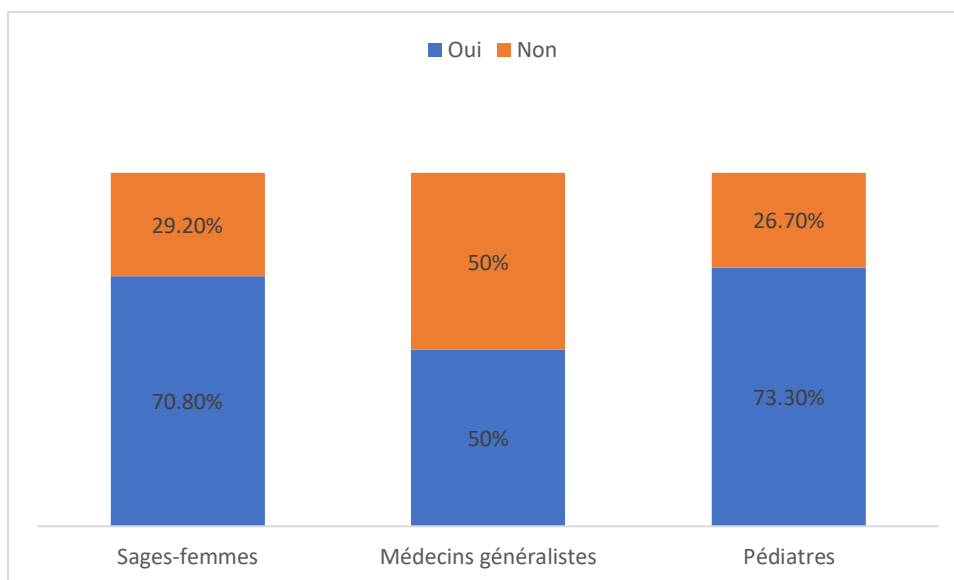


Figure 23 : Connaissances sur l'ostéopathie chez les nouveau-nés en formation initiale et continue : avis des professionnels de santé.

- 73,30% des pédiatres estiment que les connaissances sur l'ostéopathie chez les nouveau-nés devraient être incluses dans leur formation initiale et continue, 70,80% des sages-femmes et la moitié des médecins généralistes interrogés.

Ces réponses soulèvent et valident le manque d'informations dans le cadre de leur formation initiale ou continue et répondent donc à nos interrogations précédentes. Néanmoins, ce constat montre le désir d'ouverture des professionnels de connaître davantage les champs de compétences des ostéopathes et de travailler ensemble.

11.1.3.4 Intérêt des participants pour une rencontre avec un ostéopathe en vue d'échanger sur la prise en charge du nouveau-né

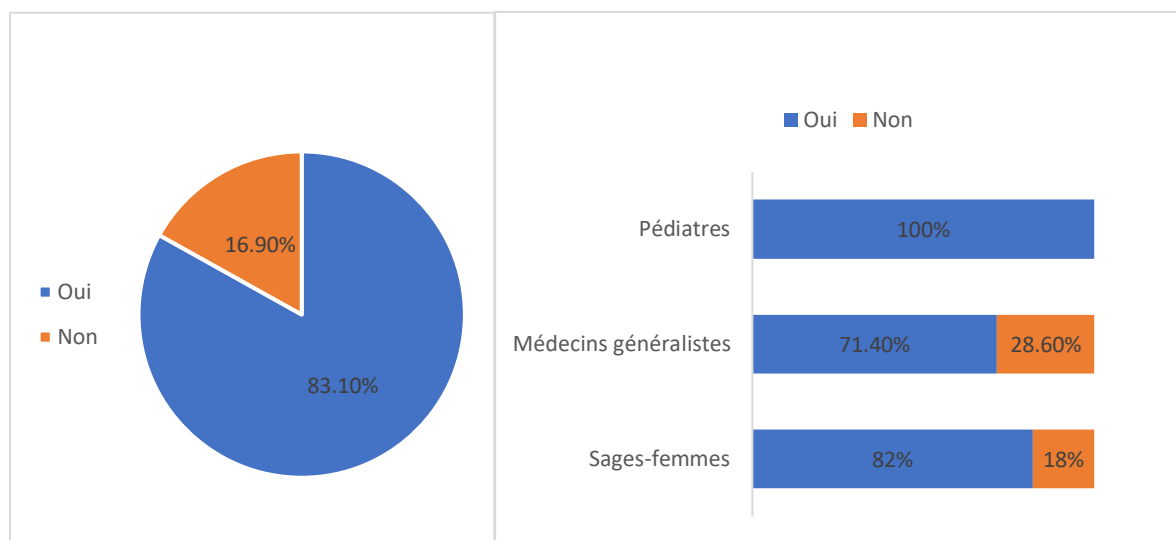


Figure 24 : Intérêt d'une rencontre avec un ostéopathe pour échanger sur la prise en charge du nouveau-né.

- 83,1% des personnes seraient intéressées pour échanger avec un ostéopathe au sujet des différentes prise en charge possibles du nouveau-né. La totalité des pédiatres interrogés soit 15, 73 soit 82% des sages-femmes et 10 soit 71,40% des médecins généralistes.
- 20 des professionnels (16,9%) ne sont pas intéressés par le sujet. Cela concerne 16 sages-femmes et 4 médecins généralistes.

Une grande majorité des professionnels interrogés semblent vouloir échanger sur le sujet avec un ostéopathe. A la réponse à la question : « Quels sujets voudriez-vous échanger ? » (Question 29), les professionnels de santé ont exprimé un vif intérêt pour divers aspects d'échanges concernant l'ostéopathie chez le nouveau-né.

Ils aimeraient approfondir leurs connaissances sur les **indications** de consultation chez un ostéopathe concernant la prise en charge des nouveau-nés. Les **critères d'intervention** de l'ostéopathe, les **indications spécifiques** pour orienter les parents, ainsi que les symptômes et signes précis chez les nouveau-nés qui pourraient bénéficier d'une consultation ostéopathique.

La notion de **délai d'intervention** est également un sujet dont les professionnels aimeraient discuter.

Les professionnels ont également exprimé un intérêt pour les **techniques et manipulations** utilisées en ostéopathie pédiatrique, en fonction des différents symptômes présentés par les nouveau-nés. « *En pratique, que font-ils lors d'une séance ?* » Ils soulignent l'importance de comprendre comment ces manipulations peuvent résoudre certains problèmes spécifiques et cherchent à en savoir plus sur les divers types d'ostéopathie et de manipulations. Il semble donc important de rendre ces informations plus accessibles et de pouvoir expliquer de manière concrète en quoi consiste une séance d'ostéopathie pour un nouveau-né.

Trois professionnels aimeraient avoir des retours de leur orientation suite à une séance.

De plus, les professionnels ont exprimé le besoin de connaître les **études scientifiques** démontrant l'efficacité de l'ostéopathie pédiatrique. Des sujets tels que l'allaitement maternel et les troubles de la succion ont été identifiés comme des thèmes importants, mentionnés à 7 reprises comme sujets à approfondir et à échanger.

12 Discussion

12.1 Synthèse des résultats

Dans cette partie, nous présentons une synthèse des résultats issus de l'analyse approfondie des données recueillies sur la perception de l'ostéopathie du nouveau-né par les professionnels médicaux.

Connaissances de l'ostéopathie du nouveau-né par les professionnels médicaux

- **Une grande majorité des professionnels valide le manque d'informations dans le cadre de leur formation initiale ou continue.**
- **Plus de la moitié des professionnels expriment un niveau de connaissances faible** concernant l'ostéopathie du nouveau-né.
- **Près de $\frac{3}{4}$ des interrogés ne connaissent pas le champ de compétences de l'ostéopathe.**

Vision de l'ostéopathie chez le nouveau-né par les professionnels médicaux

- **$\frac{3}{4}$ des professionnels de santé sont favorables à l'ostéopathie chez le nouveau-né** (84,3% des sages-femmes, plus de la moitié des pédiatres et 42,9% des médecins généralistes).
- **95% des sages-femmes travaillant en maternité où exerce un ostéopathe sont favorables à l'ostéopathie chez le nouveau-né.**
- **$\frac{3}{4}$ des professionnels orientent les nouveau-nés vers un ostéopathe** (79,8% des sages-femmes, plus de la moitié des médecins généralistes et $\frac{2}{3}$ des pédiatres).

La vision des indications et contre-indications de l'ostéopathie par les professionnels médicaux

- Les motifs d'orientation les plus fréquents sont des troubles :
 - Liés à la **prise alimentaire**,
 - **Cervicaux et crâniens** (torticolis, plagiocéphalie),
 - **Gastro-intestinaux** (constipation, RGO, coliques),
 - De la **mobilité générale**,
 - Liés aux **modalités d'accouchement** (traumatiques, dystociques)
- **Une très grande majorité des professionnels de santé ont des retours positifs des parents** sur l'ostéopathie chez le nouveau-né.
- **61,9% des professionnels ont plus confiance avec un ostéopathe professionnel de santé spécialisé en périnatalité.**
- Les raisons les plus fréquentes de ne pas orienter sont :
 - **Cause organique ou urgence vitale**
 - **Troubles neurologiques**
 - **Prématurité**
 - **Traumatismes directs**
 - **Budget des parents**

Raisons des réticences de l'ostéopathie chez le nouveau-né par les professionnels médicaux

- Les réticences sont dues au **manque de preuves scientifiques**, au **manque de connaissances des professionnels**, aux **différences entre les formations**, au **cadre législatif flou** (en témoigne la non-compréhension du certificat de non contre-indication à la manipulation des nourrissons de moins de 6 mois), ainsi qu'à des préoccupations concernant la **dangerosité**.

Perspectives d'évolution entre le corps médical et l'ostéopathie

- **Fort intérêt des professionnels de santé, soit 85,6%, à participer à des ateliers ou des formations sur l'ostéopathie du nouveau-né.**
- **83,1% des professionnels sont intéressés pour rencontrer un ostéopathe** afin d'échanger sur la prise en charge des nouveau-nés.
- **81,4% des professionnels sont favorables à la collaboration interprofessionnelle** (86,60% des pédiatres, 85,40% des sages-femmes et la moitié des médecins généralistes).

L'une des principales conclusions de cette étude, est le constat du manque significatif d'informations sur l'ostéopathie du nouveau-né de la part des professionnels médicaux. Une grande majorité des professionnels valident le manque d'informations dans le cadre de leur formation initiale ou continue.

Ces méconnaissances soulèvent des préoccupations quant à leur capacité à reconnaître les indications appropriées et à fournir des conseils éclairés aux parents et cela au moment opportun.

Cependant, les motifs d'orientation vers l'ostéopathie chez les nouveau-nés identifiés dans cette étude soulignent la diversité des troubles pour lesquels les professionnels médicaux envisagent cette approche thérapeutique. Toutefois, plusieurs indications citées dans le cadre conceptuel, telles que les freins restrictifs buccaux ou l'obstruction du canal lacrymal, n'ont pas été mentionnées dans les réponses des professionnels par exemple.

Malgré des connaissances limitées, les résultats ont également mis en évidence une attitude majoritairement positive envers l'ostéopathie chez les nouveau-nés parmi les professionnels médicaux interrogés. Cette vision favorable suggère une reconnaissance implicite de son utilité, même en l'absence de connaissances approfondies. Cette reconnaissance est appuyée par des retours positifs des parents qui renforcent sa pertinence auprès de la communauté médicale. Cependant, des réticences existent, elles sont plutôt d'origine professionnelle et davantage dues aux perceptions et aux attitudes des professionnels de santé eux-mêmes.

En effet, les réticences sont notamment liées au manque de preuves scientifiques, à l'ambiguïté du cadre législatif concernant les manipulations des nourrissons de moins de 6 mois et à des préoccupations concernant la sécurité des interventions. Effectivement, il semblerait que les professionnels aient besoin d'éprouver davantage de confiance envers

cette pratique pour la recommander auprès de leurs patients. Par ailleurs, il semblerait que cette confiance serait renforcée par le fait d'orienter vers un professionnel de santé spécialisé en périnatalité et ostéopathe.

Malgré les nombreux freins évoqués, la majorité des professionnels médicaux interrogés semblent avoir un fort intérêt pour améliorer leurs connaissances en matière d'ostéopathie chez les nouveau-nés. Des perspectives d'évolution sont identifiées et offrent des opportunités encourageantes pour améliorer la pratique. L'intérêt manifesté par les professionnels médicaux pour des ateliers, des formations spécialisées et des échanges dans le domaine de l'ostéopathie reflète une volonté d'amélioration continue et d'intégration de pratiques complémentaires dans la prise en charge des nouveau-nés. De plus, la volonté de collaboration interprofessionnelle témoigne d'une reconnaissance croissante de l'importance d'une approche pluridisciplinaire dans la prise en charge des nouveau-nés.

En effet, la pluridisciplinarité implique la collaboration entre différents domaines de recherche, ce qui suppose un partenariat fondé sur l'efficacité et le dialogue pour justifier sa pertinence et sa nécessité. Le concept de pluridisciplinarité implique non seulement la coexistence de différentes perspectives, mais aussi l'acceptation mutuelle des connaissances et compétences de chacun. La confiance mutuelle est donc un élément clé dans ce processus.

La quasi-totalité des participants montre un intérêt certain pour le sujet. Ce niveau d'intérêt, associé à une certaine méconnaissance du sujet, suggère que le corps médical pourrait être disposé à travailler avec les ostéopathes pour le bien-être des nouveaux-nés. L'ostéopathie semble avoir toute sa place dans la prise en charge des nouveau-nés en collaboration avec l'équipe médicale.

À ce stade de mon travail, grâce aux données recueillies à travers mon questionnaire, je peux répondre à mon hypothèse de départ qui stipulait que **les médecins généralistes, pédiatres et sages-femmes ne réorientent pas les parents vers l'ostéopathie pour leur nouveau-né en raison de leur méconnaissance du concept ostéopathique et de son utilité.**

Les résultats obtenus ne me permettent pas de valider mon hypothèse. En effet, la majorité des professionnels interrogés orientent les parents vers un ostéopathe. Cependant leur manque de connaissances notables sur le champ de compétences me laisse penser que cette collaboration n'est pas pleinement développée. Pour accroître son efficacité, cette collaboration nécessiterait une meilleure compréhension de la part des professionnels de la santé sur notre pratique. Promouvoir la connaissance des indications ostéopathiques, favoriser une communication professionnelle pour orienter les patients au moment opportun, et encourager un travail en réseau pour œuvrer conjointement plutôt que séparément.

Ainsi, l'ostéopathie pourrait devenir un véritable soin complémentaire de la médecine, s'intégrant pleinement au cœur du parcours de soins du nouveau-né et de sa famille.

12.2 Limites de l'étude

Mon étude s'est intéressée à l'avis du corps médical plus particulièrement les médecins généralistes, pédiatres, sages-femmes quant à l'intérêt de l'ostéopathie chez le nouveau-né, âgé de 0 à 28 jours. J'ai reçu 118 réponses au questionnaire. Même si le nombre de réponses permet de pouvoir interpréter des résultats, je reste consciente que mon échantillonnage reste faible par rapport à la population des professionnels de santé ciblée.

La méthode utilisée pour recueillir certaines de mes réponses, à savoir un questionnaire, constitue une forme d'auto-évaluation pour les professionnels interrogés, notamment la question qui concerne l'évaluation de leurs connaissances sur l'ostéopathie du nouveau-né. Cela demeure largement subjectif et dépendant de l'interprétation individuelle, plutôt que d'une évaluation factuelle.

J'ai observé un déséquilibre numérique dans la répartition des réponses entre les médecins et les sages-femmes, ces derniers représentent les trois quarts des répondants. Cette disparité peut être attribuée à la composition de mon réseau professionnel, qui compte davantage de sages-femmes. Pour obtenir des résultats plus équilibrés et significatifs entre les différents corps de métier, il aurait été bénéfique de diffuser davantage le questionnaire dans les cabinets libéraux des médecins généralistes et pédiatres.

J'ai pris la décision de distribuer mon questionnaire au sein de la clinique où j'exerce, dans le but de favoriser une meilleure communication interprofessionnelle, en commençant par mes propres collègues. Toutefois, je reconnais que cette approche pourrait introduire un biais dans mon étude. Mes collègues peuvent être influencés par des facteurs tels que la désirabilité sociale, les incitant à répondre de manière socialement acceptable ou conforme aux attentes. Cependant, il est crucial de noter que le questionnaire est anonyme et qu'on ne peut pas identifier individuellement les répondants. De plus, la présence d'ostéopathes au sein de notre service de maternité pourrait également influencer les réponses des professionnels de santé. On peut penser que ces derniers sont davantage sensibilisés à cette pratique et ont de ce fait un avis possiblement plus favorable du fait de la collaboration de proximité.

12.3 Projection professionnelle

L'exploration des résultats de cette étude offre une perspective intéressante pour ma projection professionnelle future. Tout d'abord, il est clair que les professionnels médicaux expriment un besoin évident de connaissances sur l'ostéopathie du nouveau-né, avec une grande majorité d'entre eux, reconnaissant un manque d'informations dans leur formation initiale ou continue. Comment pourrais-je contribuer à répondre à ce besoin ?

Comme le suggèrent plus de 85% des professionnels interrogés, la mise en place d'ateliers et de formations sur l'ostéopathie du nouveau-né permettrait de sensibiliser et de fournir des informations précises et objectives sur les indications, les contre-indications et les bénéfices potentiels de l'ostéopathie chez les nouveau-nés, tout en favorisant une meilleure compréhension mutuelle entre les deux domaines professionnels.

De plus, l'intérêt exprimé par les professionnels de la santé pour des rencontres et des échanges avec des ostéopathes offre une opportunité précieuse pour établir des liens interprofessionnels solides. En tant que future praticienne, je pourrais contribuer à cette dynamique en proposant des rencontres régulières et en favorisant un dialogue ouvert et constructif sur la prise en charge des nouveau-nés. Ces échanges pourraient permettre aux professionnels de mieux comprendre les principes et les approches de l'ostéopathie, tout en me permettant d'apprendre davantage sur les besoins et les attentes des autres acteurs de la périnatalité.

Mon expérience en tant qu'infirmière puéricultrice constitue un avantage certain pour débiter ma pratique ostéopathique auprès des nouveau-nés. En effet, cette spécialisation m'a permis d'acquérir une compréhension pratique et approfondie des besoins spécifiques des nouveau-nés. Cela m'a également permis de développer une expertise sur les différents acteurs impliqués dans les soins aux nouveau-nés, principalement avec des pédiatres et des sages-femmes. Cette double compétence me permettra de collaborer efficacement avec d'autres professionnels de la santé dans le cadre de la prise en charge des nouveau-nés. Pour amorcer ce travail, je pourrais envisager d'organiser une courte formation au sein de la maternité où j'exerce.

La perspective d'une collaboration interprofessionnelle, soutenue par plus de 80% des professionnels interrogés, offre des perspectives stimulantes pour l'avenir de ma pratique ostéopathique. En travaillant en étroite collaboration avec des pédiatres, des sages-femmes et des médecins généralistes, je pourrais contribuer à offrir une approche globale dans la prise en charge des nouveau-nés, en combinant les compétences et les connaissances de chaque profession pour le bénéfice des nouveau-nés et des parents.

Les résultats de cette étude soulignent l'importance d'une approche collaborative et éducative pour intégrer pleinement l'ostéopathie dans la prise en charge des nouveau-nés. En tant que future ostéopathe, j'aimerais m'impliquer activement en proposant des formations, en favorisant les échanges interprofessionnels et en collaborant étroitement avec d'autres professionnels de la santé pour offrir une prise en charge optimale aux nouveau-nés et à leur famille. Par exemple, dans le cas d'un nouveau-né présentant une plagiocéphalie, instaurer des échanges avec le médecin traitant de l'enfant ainsi qu'avec son kinésithérapeute me semble indispensable afin de maximiser les effets bénéfiques de nos interventions.

CONCLUSION

Pour conclure, cette étude offre un éclairage précieux sur les perceptions et les connaissances des médecins généralistes, pédiatres et sages-femmes concernant l'ostéopathie chez le nouveau-né. Bien que la majorité de ces professionnels orientent les parents vers des ostéopathes, un déficit significatif de connaissances a été constaté, soulevant ainsi des interrogations quant à la pleine exploitation de cette collaboration.

Les réticences persistantes, notamment en raison du manque de preuves scientifiques de l'ostéopathie et des préoccupations concernant la sécurité des interventions, soulignent la nécessité d'une meilleure communication interprofessionnelle et d'un partage accru d'informations. Cette étude met en évidence l'importance cruciale d'une collaboration étroite entre les ostéopathes et les professionnels médicaux pour garantir une prise en charge optimale des nouveau-nés et de leur famille.

Il apparaît essentiel de mettre en place des initiatives visant à renforcer les connaissances des professionnels de la santé sur l'ostéopathie chez le nouveau-né, afin de favoriser une approche pluridisciplinaire et une coordination efficace des soins. Cette étude soulève des questions essentielles et ouvre la voie à des pistes d'amélioration, dans le but d'offrir une prise en charge plus complète et plus efficace aux nouveau-nés.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Franz R., Pigneres S., Bisaro F., & Dugay A., Pediatric osteopathy : A survey of utilization in France. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*. 2017 ; 25 (1) : pages 11-18.
- (2) Institut de Veille Sanitaire. Enquête nationale périnatale 2016 : La diversité des modes de prise en charge ostéopatique en France. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018.
- (3) Molinier P., Villepontoux M., Bodinier L., Delhay-Fitisch C., Tardieu S., Nguyen M., & Costa J. La prise en charge ostéopatique des nourrissons en médecine générale : connaissance et pratiques des médecins généralistes en Midi-Pyrénées. *Médecine thérapeutique/Pédiatrie*. 2016 ; 19 (4), pages 200-206.
- (4) Shonkoff J P. Building a new neurodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child Development*. 2010 ; 81(1), 357-367
- (5) Als, H. NIDCAP : Theoretical and Clinical Applications in the NICU (2nd ed.). Springer. 2015. 266 pages.
- (6) Foubert M., Marangelli G., Ploton M-C. Les déformations crâniennes positionnelles du nourrisson, une prise en charge pluridisciplinaire. Elsevier Masson. 2022. 221 pages.
- (7) Haute Autorité de Santé. Prévention des déformations crâniennes positionnelles (DCP) et mort inattendue du nourrisson. (En ligne). Mars. 2020. (Consulté en novembre 2023). Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/p_3151574/fr/prevention-des-deformations-craniennes-positionnelles-dcp-et-mort-inattendue-du-nourrisson.
- (8) Légifrance. Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie (en ligne). Mars 2016. (Consulté le 10 juin 2023). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000462001>
- (9) L'Hermite P-L., La manipulation en santé. *RDS*. 2020 ; 95 : pages 379-393
- (10) TERRAMORSI J-F., Ostéopathie structurée. Lésion structurée. Concepts structurants. *Géopro*. Les éditions Eoliennes. 2013. Pages 416
- (11) DUVAL H., Formation couple maman-bébé, bilan du nourrisson. Rennes, France : Institut de Formations Supérieur d'Ostéopathie de Rennes. 2024.
- (12) Tebeka S., Le Strat Y., De Premorel Higgons A., Benachi A., Dommergues M., Kayem G., *et al.* Prevalence and incidence of postpartum depression and environmental factors : The IGEDEPP cohort. *Journal of Psychiatr Research*. 2021. 138, pages 366-374
- (13) De Gasquet B, Marck T. Mon bébé n'aura pas la tête plate : Prévenir et traiter la plagiocéphalie. Édition Albin Michel. 2015. 220 pages

- (14) Butz J., Place de l'ostéopathie structurale dans la prise en charge de la plagiocéphalie positionnelle : l'anticiper, la diagnostiquer et la traiter. Travail d'Étude et de Recherche pour l'obtention du titre d'Ostéopathe. Institut de Formations Supérieur d'Ostéopathie de Rennes ; 2022.
- (15) Captier G., Dessauge D., Picot M.-C., Bigorre M., Gossard C., El Ammar J., Leboucq N. Classification and pathogenic models of unintentional postural cranial deformities in infants : Plagiocephalies and brachycephalies. Journal of Craniofacial Surgery. 2011 ; 22 (1) ; pages 33–41.
- (16) Dalla Lana C., Plagiocéphalie et troubles de la succion. Profession Sage-Femme. 2017 ; 241 : pages 37-38
- (17) La Flèche G., Labelle V., Rancourt C., Toulouse-Labrecque A.-J., Trottier M.-P., Recommandations portant sur la prise en charge optimale en physiothérapie de la clientèle pédiatrique atteinte de torticolis musculaire congénital. Maîtrise en physiothérapie. Université de Montréal. 2011. Pages 78
- (18) Borgne P., La plagiocéphalie positionnelle d'origine postérieure. Thèse de médecine. Université de Rouen. 2014. Pages 90
- (19) Ceretti B., Saisine de la HAS au titre du dispositif d'alerte pour évaluer et définir un dispositif de prévention de mort inattendue du nourrisson tout en prévenant les risques de plagiocéphalie. 2017. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-07/dir33/accuse_le_lien_plagiocephalie.pdf
- (20) Cabrera-Martos I., Valenza M.-C., Benítez-Feliponi A., Robles-Vizcaíno C., Ruiz-Extremera A., Valenza-Demet G., Clinical profile and evolution of infants with deformational plagiocephaly included in a conservative treatment program. Clinical Trial. 2013. 29(10) :pages 1893-1898
- (21) Delaire J., Le concept « cortical » : Applications au développement du maxillaire. International Orthodontics. 2006 ; 4(3) : pages 241-260.
- (22) Mermilliod M., l'allaitement maternel, formation laitxcellence, visioconférence, 2023.
- (23) Ravard, M., Ostéopathie et troubles de la succion déglutition des nouveau-né allaités. Travail d'Étude et de Recherche pour l'obtention du titre d'Ostéopathe, Institut de Formations Supérieur d'Ostéopathie de Rennes. 2016.
- (24) Hand P., Olivi G., Lajolo C., Gioco G., Marigo L., Castagnola R., et al. Short lingual frenum in infants, children and adolescents. Part 1: Breastfeeding and gastroesophageal reflux disease improvement after tethered oral tissues release. Eur J Paediatr Dent. 2020. 21(4) ; pages 309-317.
- (25) Hilton, S., & Hempel S., Osteopathic manipulative treatment for newborns with breastfeeding difficulties : a systematic review. BMC Pediatrics. 2021. 21(1), 1-13.

- (26) Mills N., Lydon A., Davies-Payne D., Keesing M., Geddes DT., Mirjalili SA., Imaging the breastfeeding swallow : Pilot study utilizing real-time MRI. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology*. Juin 2020. 5(3) ; pages 572-579.
- (27) Campanha SMA, Martinelli RL de C, Palhares DB., Position of lips and tongue in rest in newborns with and without ankyloglossia. *Codas*. 2021. 33(6) ; e20200069.
- (28) Costa-Romero M., Espínola-Docio B., Paricio-Talayero JM., Díaz-Gómez NM., Ankyloglossia in breastfeeding infants. An update. *Arch Argent Pediatr*. 2021 ;119(6) : e600-9.
- (29) Hill RR., Lee CS., Pados BF., The prevalence of ankyloglossia in children aged <1 year : a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Res*. Août 2021 ;90(2) : pages 259-266.
- (30) Rodrigue D., Les freins restrictifs buccaux : le maillon oublié dans le traitement de la plagiocéphalie. Travail d'Étude et de Recherche pour l'obtention du titre d'Ostéopathe, Institut de Formations Supérieur d'Ostéopathie de Rennes ; 2023.
- (31) Ellehauge E., Jensen JS., Grønhøj C., Hjuler T., Trends of ankyloglossia and lingual frenotomy in hospital settings among children in Denmark. *Dan Med J*. 1 mai 2020. 67(5) : A01200051.
- (32) De Castro Lopes, Martinelli R., Queiroz Marchesan I., Jordão Gusmão R., de Castro Rodrigues A., Berretin-Felix G. Histological characteristics of altered human lingual frenulum. *International Journal Pediatrics Child Health*. 2014. 2 : pages 5–9.
- (33) Pezzoli M., Patel B.C. Dacryostenosis. Treasure Island (FL). StatPearls Publishing. 2024.
- (34) Boudehen. G., Ostéopathie crânienne structurelle, la tenségrité appliquée aux bilans, aux techniques gestuelles et aux concepts crâniens. Sully. 2011. 218 pages.
- (35) Tubby A.H. A Clinical Lecture on torticollis, or wry-neck. *Br Med J*. 1906. 1(2372) :1387–1389
- (36) Sargent B., Kaplan S.L., Coulter C., Baker C. Congenital muscular torticollis : Bridging the gap between research and clinical practice. *Pediatrics*. 2019. 144(2) : e20190582.
- (37) Rubio A.S., Griffet J.R., Caci H., Bérard E., El Hayek T., Boutté P. The moulded baby syndrome : incidence and risk factors regarding 1,001 neonates. *Eur J Pediatr*. 2009. 168(5) : pages 605–611
- (38) Boere-Boonekamp M.M., Van der Linden-Kuiper L.L. Positional preference : prevalence in infants and follow-up after two years. *Pediatrics*. 2001 ; 107(2) : pages 339–343

- (39) Pastor-Pons I., Lucha-López M.O., Barrau-Lalmolda M., Rodes-Pastor I., Rodríguez-Fernández A.L., Hidalgo-García C. Active cervical range of motion in babies with positional plagiocephaly : Analytical cross-sectional study. *Children (Basel)*. 2021. 8(12) :1146.
- (40) Loyer A., Prise en charge ostéopatique des nourrissons présentant un RGO dans le cadre du décret 2007-435. Travail d'Étude et de Recherche pour l'obtention du titre d'Ostéopathe. Institut de Formations Supérieur d'Ostéopathie de Rennes ; 2014.
- (41) Bourrillon A., Benoist G., Chabrol B. Chéron G. Grimprel E., Pédiatrie pour le praticien. Médecine de l'enfant et de l'adolescent. Elsevier Masson. 2020. 824 pages.
- (42) SERGUEEF N. Ostéopathie pédiatrique. Trento, Elsevier, 2007. 456 pages.
- (43) BOUDEHEN G. Protocole de soins ostéopathiques du bébé et de l'enfant. De la naissance au projet orthodontique. Vannes, Sully, 2016, 351 pages.
- (44) Réseau périnatal Naître et Grandir en Languedoc Rousillon. Référentiel en chirurgie pédiatrique. Anomalies des pieds du nouveau-né. [En ligne]. 2017 (consulté le 25 avril 2024). Disponible : <http://www.nglr.fr/images/naitre/pdf/referentiels/chirurgie-pediatrique/2017/Anomalies-des-pieds-du-nouveau-n Dcembre-2017 Final.pdf>
- (45) Dobbs, M. B. Gurnett, C. A. Update on Clubfoot : Etiology and Treatment. *Clin Orthop Relat Res*. 2009. 467(5) : pages 1146-1153
- (46) Gaisnon S. Déterminants de l'allaitement maternel et place du médecin généraliste dans la promotion et la poursuite de l'allaitement. (Thèse pour le doctorat en médecine). Rouen. France. 2017.
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01598296v1/document> (Consulté en janvier 2024)
- (47) Lee A. M., Beckmann-Mendez D. A., Thompson J. E., & Britt R. B. Integration of osteopathic manipulative medicine into pediatric hospital care: a case series. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 2015. 115(12), pages 730-740.
- (48) Code de la santé publique - Article R4127-326 [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913126
- (49) Santé publique France. Enquête nationale périnatale 2021. [En ligne]. 2022 (consulté le 20 janv 2024). Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/sante-publique-france-partenaire-de-la-6e-edition-de-l-enquete-nationale-perinatale>
- (50) Boudier-Revéret M., Duguet A., Magnier A-M., et al. Connaissance des médecins généralistes sur la prise en charge ostéopatique du nourrisson en France : étude descriptive. *Ostéopathie clinique*. 2019 ; 20 (1) : pages 37-43.
- (51) Schwerla, F., Bischoff, L., & Schwerla, J. Knowledge and attitudes regarding osteopathy among German physicians - a survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2012. 12(1), pages 1-7.

- (52) Schmid G.L., Kluge J., Deutsch T., Geier A-K., Bleckwenn M., Unverzagt S., & al. Osteopathy in Germany : attitudes, beliefs and handling among general practitioners - results of a nationwide cross-sectional questionnaire survey. BMC Fam Pract. 2021. 22(1) : page 197.
- (53) L'expertise statistique publique en santé et social (consulté le 15 avril 2024) <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire à destination des professionnels de santé

Annexe 2 : Réponse par mail de l'ordre des médecins

Annexe 3 : Réponse par mail d'un cadre sage-femme du pole femme-enfant du CHU de
RENNES

Annexe 1

Bonjour,

Je suis Marine PEREIRA, étudiante en 4ème année de formation à l'école d'ostéopathie de Rennes (IFSO-RENNES).

Dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fin d'études, je souhaite connaître votre point de vue et vos retours sur la prise en charge ostéopathique du nouveau-né (de 0 à 1 mois).

Les professionnels de santé concernés sont les pédiatres, les médecins généralistes et les sages-femmes. Vos réponses me permettront de mener à bien mon mémoire de fin d'études mais surtout m'apporteront un réel intérêt pour ma future pratique professionnelle.

En répondant à ce questionnaire, vous consentez à la collecte et à l'utilisation de vos réponses dans le cadre de mon travail de fin d'étude.

Je vous remercie de votre participation et pour le temps que vous m'accorderez. Je reste à votre disposition pour toutes informations complémentaires.

Mail : pereira.marine@ifso-rennes.org

Partie 1 : Données démographiques et professionnelles

1. Êtes-vous :

- Médecin généraliste
- Pédiatre
- Sage-femme
- Autre

2. En quelle année avez-vous commencé à exercer ?

3. Quel est votre lieu d'exercice ? (Options multiples)

- Cabinet libéral
- Maternité
- PMI
- Autre...

4. Si vous exercez en maternité, bénéficiez-vous de la visite d'un ostéopathe dans le service ?
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
5. Savez-vous si les ostéopathes ont le droit de traiter les nouveau-nés ?
- Oui
 - Non
6. Comment évalueriez-vous votre niveau de connaissances sur l'ostéopathie chez les nouveau-nés ?
- Faible
 - Moyen
 - Élevé
7. Que connaissez-vous de l'ostéopathie chez le nouveau-né ? Que pouvez-vous m'en dire brièvement ?
8. Connaissez-vous le champ de compétence de l'ostéopathie pour les nouveau-nés ?
- Oui
 - Non
9. Que pensez-vous de l'ostéopathie chez le nouveau-né ?
- Réticent
 - Favorable
 - Sans opinion
10. Si vous êtes réticent quelles en sont les raisons ? (Options multiples)
- Dangerosité pour le bébé
 - Rien n'est prouvé scientifiquement en ce qui concerne l'ostéopathie
 - Je ne connais pas les manipulations
 - Je ne suis pas favorable à l'ostéopathie en général
 - Autre...

11. Si vous êtes favorable quelles en sont les raisons ? (Options multiples)

- Je connais les manipulations
- J'ai eu des retours positifs
- Je suis favorable à l'ostéopathie en général
- L'ostéopathie a de bons résultats sur les symptômes des nouveau-nés
- Autre...

12. Auriez-vous plus confiance en un ostéopathe professionnel de santé spécialisé en périnatalité (par exemple une infirmière puéricultrice-ostéopathe) ?

- Oui
- Non
- Sans opinion

13. Si oui, pourquoi ?

Partie 2 : Pratiques et perceptions des professionnels de santé

14. Sentez-vous à l'aise pour discuter de l'ostéopathie avec les parents ?

- Oui
- Non

15. Orientez-vous les nouveau-nés vers un ostéopathe ?

- Oui
- Non

16. Si oui, pourquoi ?

17. Si non, pourquoi ?

18. Quels signes ou symptômes chez un nouveau-né pourraient vous amener à recommander une consultation chez un ostéopathe ?

19. Existe-t-il des critères spécifiques que vous considérez avant d'orienter un nouveau-né vers un ostéopathe ? Si oui, veuillez les décrire.

20. Avez-vous des retours des parents qui ont vu un ostéopathe pour leur nouveau-né ?

- Oui
- Non

21. Citez les retours les plus fréquents ?

22. Pensez-vous que des parents consultent un ostéopathe sans un avis médical ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Partie 3 : Formation et Collaboration

23. Êtes-vous favorable à la collaboration interprofessionnelle avec des ostéopathes pour le suivi des nouveau-nés ?

- Oui
- Non
- Sans opinion

24. Comment favoriser cette collaboration selon vous ?

25. Que pensez-vous de participer à un atelier ou à une formation courte sur l'ostéopathie afin de mieux connaître le métier ?

- Oui
- Non
- Sans opinion

26. Pensez-vous que les connaissances sur l'ostéopathie chez les nouveau-nés devraient être incluses dans la formation médicale initiale et continue ?

- Oui
- Non

27. Seriez-vous intéressé pour rencontrer un ostéopathe afin d'échanger sur les différentes prises en charge possible du nouveau-né ?

- Oui
- Non

28. Si oui sur quels sujets voudriez-vous échanger ?

Annexe 2

Chère Madame,

Nous avons vu avec intérêt votre souhait de diffuser auprès des médecins un questionnaire d'enquête concernant votre activité d'ostéopathie.

Néanmoins le conseil de l'ordre ne peut être un relais adapté pour transmettre cette information. En effet la pratique de l'ostéopathie n'est pas, à l'heure actuelle, une pratique de soins suffisamment reconnue pour que nous soyons à même de relayer votre travail sur notre site.

La plupart des questionnaires que nous publions sont des sujets de thèse ou de mémoire de médecins. Nous ouvrons nos pages autant que possible à d'autres professions de santé qui souhaitent recueillir des informations auprès des médecins, mais ceci ne concerne pas actuellement les « médecines alternatives et complémentaires » telle que définies par nos instances.

Comptant sur votre compréhension,

Je vous prie d'agréer, l'expression de mes sentiments cordiaux,

Dr LE MAGADOUX Françoise

Conseil régional Bretagne

Annexe 3

Bonjour Marine,

J'ai demandé à ma hiérarchie si je pouvais diffuser ton questionnaire pour ton mémoire au personnel du CHU, mais malheureusement ça a été refusé...

Je l'ai rempli pour ma part et je soutiens ton projet autour de l'ostéopathie du nouveau-né.

Bonne continuation

Cordialement,

Pierre-Emmanuel BRIENT
Sage-femme coordinatrice
Urgences Bloc obstétrical
Pôle femme-enfant - CHU Rennes

RÉSUMÉ

Titre : Prise en charge ostéopathique du nouveau-né : état des lieux et perspective sur la collaboration entre ostéopathe et professionnels médicaux

Contexte :

L'ostéopathie est une pratique qui suscite un intérêt croissant chez les parents de nouveau-nés cherchant des options de soins alternatives pour leurs enfants. Cependant, bien que l'ostéopathie soit de plus en plus populaire auprès des parents, les avis des médecins généralistes, pédiatres et sages-femmes sur cette pratique restent mitigés.

Comment les connaissances des médecins généralistes, pédiatres et sages-femmes affectent-elles l'orientation des nouveau-nés vers l'ostéopathe ?

Objectifs :

- Comprendre le point de vue des médecins généralistes, pédiatres et sages-femmes, qui sont des partenaires centraux de la périnatalité, sur l'ostéopathie chez le nouveau-né, afin d'identifier les raisons de leurs réticences.
- Comprendre les compétences et les limites de l'ostéopathie dans la prise en charge de certains maux chez le nouveau-né
- Comprendre leurs perceptions à l'égard de l'ostéopathie chez le nouveau-né et à identifier les domaines dans lesquels une collaboration entre les ostéopathes et les médecins pourrait être bénéfique pour les patients.

Méthode :

Mise en circulation d'un questionnaire à destination des pédiatres, sages-femmes et médecins généralistes. 118 retours ont été recensés et analysés.

Résultats et discussion :

La majorité des professionnels interrogés orientent les parents vers un ostéopathe. Cependant leur manque de connaissances notables sur les champs de compétences laisse penser que cette collaboration n'est pas pleinement développée. Pour accroître son efficacité, cette collaboration nécessiterait une meilleure compréhension de la part des professionnels de la santé sur notre pratique. Cette étude ré-ouvre la discussion autour de la communication interprofessionnelle.