



MOTIFS DE CONSULTATIONS

1. INTRODUCTION	2
1.1. CONTEXTE ACTUEL DE L'OSTEOPATHIE DANS LE MILIEU DE LA SANTE	2
a) <i>Les modèles de relation structure-fonction</i>	4
b) <i>Le modèle structure-fonction biomécanique</i>	4
c) <i>Le modèle structure-fonction respiratoire et circulatoire</i>	4
d) <i>Le modèle structure-fonction neurologique</i>	5
e) <i>Le modèle structure-fonction bio-psycho-social</i>	5
f) <i>Le modèle structure-fonction bio-énergétique</i>	5
1.2. L'OSTEOPATHIE DANS LE DOMAINE DE LA PEDIATRIE.....	5
1.3. ETAT DES LIEUX DANS LA LITTERATURE.....	6
1.4. MOTIFS DE CONSULTATIONS PAR TROUBLES	7
a) <i>Torticolis congénital:</i>	7
b) <i>Asymétrie crânienne :</i>	7
c) <i>Reflux Gastro-Oesophagien – régurgitations :</i>	7
d) <i>Constipation :</i>	7
e) <i>Coliques du Nourrisson :</i>	8
f) <i>Troubles ORL :</i>	9
g) <i>Pleurs inexpliqués du Nourrisson :</i>	10
h) <i>Troubles du sommeil (TDS) :</i>	11
2.MATERIEL ET METHODE	11
1.1 POPULATION ETUDIEE	11
a) <i>Critères d'inclusion :</i>	11
b) <i>Critères de non-inclusion :</i>	11
c) <i>Critères d'exclusion/modalités de sortie de l'étude :</i>	12
d) <i>Éthique :</i>	12
1.2 METHODE	12
a) <i>Type d'étude/Design</i>	12
b) OBJECTIFS DE L'ETUDE	12
c) <i>Critères d'évaluation</i>	12
d) <i>Déroulement de l'étude</i>	13
1.3 MATERIEL.....	13
1.4 ANALYSE STATISTIQUE.....	13
3.RESULTATS DE L'ENQUETE	15
3.1. POPULATION.....	15
3.2. REFERENCEMENT	16
3.3.1 <i>Les troubles posturaux</i>	18
a) <i>les torticolis</i>	18
b) <i>les asymétries crâniennes</i>	19
3.3.2 <i>Les troubles digestifs</i>	20
a) <i>RGO</i>	20
b) <i>les coliques du nourrisson</i>	21
c) <i>les constipations</i>	22
3.3.4 <i>Les troubles ORL et respiratoire</i>	23
3.3.4 <i>Troubles du comportement :</i>	24
4.DISCUSSION.....	26
4.1 AVANTAGES DE L'ENQUETE	26
4.2 LIMITES DE L'ETUDE	26
4.3 ABSENCE DE DONNEES	26
5. CONCLUSION.....	27
6. BIBLIOGRAPHIE	29
7. ANNEXE.....	33

1. Introduction

1.1. Contexte actuel de l'ostéopathie dans le milieu de la santé

Aujourd'hui en France, les autorités de santé préconisent une prise en charge globale des personnes. Le système de santé détermine l'état de la santé d'une population, et son objectif principal est l'améliorer (1).

L'ostéopathie est considérée comme une pratique de soin non conventionnelle (PSNC) ou une médecine traditionnelle, ce qui signifie que cette pratique n'est pas démontrée et donc pas reconnue scientifiquement par la médecine conventionnelle (2-4).

Malgré ce manque de reconnaissance scientifique, Pubmed recense 21 406 études parlant d'ostéopathie et L'Association pour la Recherche, l'étude et le développement de l'Ostéopathie en Europe (A.R.E.D.O.E) a noté plus de 360 études publiées en Europe dont plusieurs reconnues comme étant de bonne qualité (5).

De plus, 83% des professionnels de santé constatent les bienfaits de l'ostéopathie (dont 74% médecins). Les professionnels de santé trouvent de plus en plus d'intérêt à l'intégration des ostéopathes en milieu hospitalier (surtout en périnatalité)(6,7).

Selon le rapport de l'INSERM aucun essai clinique randomisé n'a signalé d'effet indésirable grave chez les patients ayant bénéficié d'interventions ostéopathiques (5).

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), « *Les ostéopathes utilisent leur connaissance des relations entre la structure et la fonction pour optimiser les capacités du corps à s'auto-réguler et à s'auto-guérir. Cette approche holistique de la prise en charge du patient est fondée sur le concept que l'être humain constitue une unité fonctionnelle dynamique, dans laquelle toutes les parties sont reliées entre elles* »(8).

En 2003, l'OMS, énonce :

- « le terme « médecine traditionnelle » désigne un large éventail de thérapies et de pratiques qui varient beaucoup d'un pays et d'une région à l'autre »
- « la médecine traditionnelle et ses praticiens jouent un rôle important dans le traitement des maladies chroniques et dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes »
- « les principaux problèmes que soulève l'utilisation de la médecine traditionnelle sont l'absence de réseaux organisés de tradipraticiens et de preuves solides de l'innocuité, de l'efficacité et de la qualité de la médecine traditionnelle »
- « de fournir des informations fiables sur la médecine traditionnelle, complémentaire ou parallèle aux consommateurs et aux prestataires afin de promouvoir sa bonne utilisation » (9).

L'ostéopathie, en France, répond à ces critères, bien que son enseignement, reposant uniquement sur des centres d'enseignement privés, peut faire l'objet de controverse et prêter à discussion.

La médecine traditionnelle utilise des techniques manuelles. Elles sont utilisées par

différentes professions de thérapies manipulatives comme les chiropracteurs, les kinésithérapeutes ou les étioopathes.

L'ostéopathie se distingue de celles-ci par :

- ✓ la gestion du patient ;
- ✓ la durée du traitement ;
- ✓ le choix de la fréquence des soins ;
- ✓ le choix de la technique à appliquer.

En mars 2007, des décrets relatifs aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie ont été rédigés.

L'ostéopathie a des interdictions pour certains actes tels que :

- les manipulations gynéco obstétricales ;
- touchers pelviens.

La réglementation énonce qu' en absence de contre-indication médicale, l'ostéopathe peut effectuer des :

- **manipulations du crâne**, de la face et du rachis **chez le nourrisson de moins de 6 mois** ;
- **manipulations du rachis cervical (10)**.

Selon les Ostéopathes de France :

L'ostéopathe suit le modèle de relation structure-fonction. Cela guide l'approche du praticien vers le diagnostic et le traitement :

- biomécanique ;
- respiratoire et circulatoire ;
- neurologique ;
- bio-psycho-social ;
- bio-énergétique.

Cela est utilisé de façon combinée pour fournir un cadre d'interprétation de la signification du dysfonctionnement somatique. La combinaison choisie est adaptée au diagnostic différentiel du patient (11).

a) Les modèles de relation structure-fonction

Cinq modèles principaux de relations structure-fonction guident l'approche du praticien ostéopathe vers le diagnostic et le traitement. Ces modèles sont, en général, utilisés de façon combinée pour fournir un cadre d'interprétation de la signification du dysfonctionnement somatique dans le contexte d'une information clinique subjective et objective.

La combinaison choisie est adaptée au diagnostic différentiel du patient, à ses comorbidités, aux autres régimes thérapeutiques et à la réaction au traitement (12).

b) Le modèle structure-fonction biomécanique

Le modèle biomécanique voit le corps comme l'intégration d'éléments somatiques reliés en un mécanisme de posture et d'équilibre. Les tensions et les déséquilibres au sein de ce mécanisme risquent d'en affecter la fonction dynamique, d'accroître la dépense d'énergie, d'altérer la proprioception (perception par l'individu de la position relative et du mouvement des parties voisines du corps), de modifier la structure des articulations, d'entraver la fonction neuro-vasculaire et de transformer le métabolisme. Ce modèle s'applique aux approches thérapeutiques, notamment aux techniques de manipulation ostéopathique, qui permettent la restauration de la posture et de l'équilibre ainsi qu'un usage efficace des composants musculo-squelettiques (12).

c) Le modèle structure-fonction respiratoire et circulatoire

Le modèle respiratoire et circulatoire est concerné par la conservation des environnements extra et intracellulaires grâce à la distribution libre d'oxygène et de nutriments et l'élimination des déchets cellulaires. La tension des tissus ou tout autre facteur qui fait obstacle au flux ou à la circulation d'un fluide corporel risque d'affecter la santé des tissus. Ce modèle s'applique aux approches thérapeutiques, notamment aux techniques de

manipulation ostéopathique, pour traiter le dysfonctionnement de la mécanique respiratoire ainsi que la circulation et le flux des fluides corporels (12).

d) Le modèle structure-fonction neurologique

Le modèle neurologique envisage l'influence de la facilitation spinale, de la fonction proprioceptive, du système nerveux autonome et de l'activité des nocicepteurs (récepteurs de la douleur) sur le fonctionnement du réseau neuro-immuno-endocrinien. La relation entre le système somatique et le système viscéral (autonome) revêt une importance particulière. Ce modèle s'applique aux approches thérapeutiques, notamment aux techniques de manipulation ostéopathique pour réduire les tensions mécaniques, équilibrer les influx neuraux et réduire ou éliminer la poussée nociceptive (12).

e) Le modèle structure-fonction bio-psycho-social

Le modèle bio-psycho-social reconnaît les diverses réactions et les tensions psychologiques susceptibles d'affecter l'état de santé des patients et leur bien-être. Elles comprennent les facteurs environnementaux, socio-économiques, culturels, physiologiques et psychologiques qui influencent la maladie. Ce modèle applique des approches thérapeutiques, notamment des techniques de manipulation ostéopathique pour traiter les effets des différentes tensions bio-psycho-sociales et les réactions à ces tensions (12).

f) Le modèle structure-fonction bio-énergétique

Le modèle bio-énergétique reconnaît que le corps cherche à conserver un équilibre entre production, répartition et dépense d'énergie. La conservation de cet équilibre aide le corps dans sa capacité à s'adapter aux différents facteurs de stress (immunologique, nutritionnel, psychologique, etc.). Ce modèle s'applique aux approches thérapeutiques, notamment aux techniques de manipulation ostéopathique, pour traiter les facteurs qui ont le potentiel de perturber la production, la répartition ou la dépense d'énergie (12)

1.2. L'ostéopathie dans le domaine de la pédiatrie

L'ostéopathie est une thérapie de première intention qui traite les troubles fonctionnels du nourrisson, en agissant par des « mobilisations » sur l'ensemble de leur système.

Depuis 2007, une loi autorise les actes « manipulatoires » sur le crâne, la face et le rachis du nourrisson de moins de six mois s'il est préalablement établi un certificat de non contre-indication de la pratique de l'ostéopathie, ou un document justifiant de la bonne santé du nourrisson.

Selon la définition du bulletin officiel de la République Française : « *L'ostéopathie, dans une approche systémique, après diagnostic ostéopathique, effectue des mobilisations et des manipulations pour la prise en charge des dysfonctions ostéopathiques du corps humain. Ces manipulations et mobilisations ont pour but de prévenir ou de remédier aux*

dysfonctions en vue de maintenir ou d'améliorer l'état de santé des personnes, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agent physique ».

En ostéopathie les techniques sont décrites (en respect le Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie) et permettent la mobilisation active ou passive des différents tissus du corps, après un diagnostic et repérage palpatoire précis.

Le traitement ostéopathique vise à retrouver une mobilité (élasticité) de l'ensemble du corps de l'enfant afin que sa posture n'ait pas de retentissement mécanique sur les procédés physiologiques et /ou fonctionnels.

Aujourd'hui 11,6% des Français consultent en ostéopathie pour un motif pédiatrique (13).

Selon le rapport ostéopathie périnatale et pédiatrique de mai 2006 : « *La prise en charge du très jeune enfant demande une éthique particulière et une pratique quotidienne, en considérant sans cesse la globalité de l'individu.*»

Le milieu médical commence à reconnaître l'efficacité de l'ostéopathie mais son intégration dans la prise en charge des patients nécessiterait des études cliniques démontrant son innocuité et son efficacité.

L'objectivité de l'ostéopathie est très discutable et très dépendante du praticien.

Celui-ci devra tout particulièrement respecter les principes d'intégrité, de responsabilité et d'éthique, et tout particulièrement dans le domaine de la pédiatrie.

1.3. Etat des lieux dans la littérature

Afin d'établir un état des lieux sur les troubles du nourrisson, voici quelques chiffres :

Selon les études épidémiologiques réalisées à ce jour (14–21) :

- 36,3% des nourrissons ont des troubles ORL en France ;
- Les coliques du nourrisson concernent 17 à 25% des nourrissons dans les 6 premières semaines de vie, puis diminuent avec les semaines ;
- 10-20% des bébés allaités présentent des problèmes de constipation ;
- Environ 2% des nourrissons ont un torticolis à la naissance ;
- 13% des nouveau-nés présentent une plagiocéphalie à la naissance, la prévalence serait de 9,9 chez les nourrissons de 1 à 6 mois et de 22,1% à 7 semaines de vie ;
- 20 à 50% des nourrissons ont des Troubles Du Sommeil (TDS) ;
- Les pleurs inexplicables sont présents chez 10 à 30% des nourrissons de moins de 3 mois ;
- 10% de la population de 0 à 17 ans a des RGO.

1.4. Motifs de consultations par troubles

Les motifs de consultation qui ont été répertoriés dans le questionnaire sont :

a) Torticolis congénital:

Le torticolis congénital est une malposition caractérisée par une inclinaison et une rotation de la tête par rapport au tronc. En règle générale, l'inclinaison s'effectue sur la totalité du rachis cervical tandis que la rotation est en grande partie localisée au niveau de la première et deuxième vertèbre cervicale. Le torticolis peut entraîner une malformation de la boîte crânienne (plagiocéphalie).

Le torticolis congénital, présent dès la naissance, peut être postural, musculaire ou osseux. L'examen clinique permet de différencier les trois formes de torticolis, en fonction de leur réductibilité : complètement réductible et souple (torticolis postural) ; tension au niveau du muscle sterno-cléido-mastoïdien (SCM) qui rend la réduction difficile (torticolis musculaire) ; irréductible, rigide (torticolis osseux)(22).

b) Asymétrie crânienne :

Les déformations crâniennes positionnelles (DCP) sont des déformations acquises du crâne sans synostose, secondaires à des facteurs biomécaniques externes de compression ou de traction(23)

c) Reflux Gastro-Oesophagien – régurgitations :

Le reflux gastro-œsophagien est la remontée involontaire du contenu gastrique dans l'œsophage. Ce reflux atteint le plus souvent le pharynx puis la bouche et se traduit alors par des régurgitations. Le rejet du lait par la bouche est spontané, survient sans effort et peut survenir lors d'un rot. Il ne s'accompagne pas de contractions musculaires ou abdominales, contrairement aux vomissements.

Les régurgitations apparaissent souvent entre 1 et 3 mois. Elles ont généralement lieu après les repas et sont favorisées par l'alimentation liquide, les changements de position et la compression de l'abdomen. Elles sont plus ou moins fréquentes et de volume variable mais elles peuvent être abondantes (24).

d) Constipation :

La définition de la constipation est variable, mais elle comprend une évacuation peu fréquente, difficile, douloureuse ou incomplète de selles dures. Le terme « constipation

fonctionnelle » décrit tous les enfants chez qui la constipation n'a pas d'étiologie organique. La constipation fonctionnelle résulte souvent de la rétention des selles par un enfant qui souhaite éviter une défécation douloureuse. Souvent, un enfant constipé subira des épisodes récurrents d'incontinence fécale causés par un engorgement attribuable à un fécalome (on parle alors d'encoprésie).

C'est en 1999 qu'on a établi les critères pédiatriques de Rome II des troubles fonctionnels gastro-intestinaux, destinés à contribuer au diagnostic et à la classification pour des besoins de recherche. Leur mise à jour, les critères de Rome IV pour la constipation fonctionnelle, a été publiée en 2006 :

Critères diagnostiques de Rome IV pour la constipation fonctionnelle (critères respectés au moins une fois par semaine pendant au moins deux mois avant le diagnostic)

Doit inclure au moins deux des critères suivants chez un enfant d'un âge développemental d'au moins quatre ans, et les critères sont insuffisants pour le diagnostic du syndrome du côlon irritable :

1. maximum de deux défécations dans la toilette par semaine ;
2. au moins un épisode d'incontinence fécale par semaine ;
3. antécédents de position de rétention ou de rétention fécale volontaire excessive;
4. antécédents de mouvements intestinaux douloureux ou de selles dures ;
5. présence d'une masse fécale volumineuse ;
6. antécédents de selle de gros volume qui peuvent bloquer la toilette (25–27).

e) Coliques du Nourrisson :

Les coliques du nourrisson sont un syndrome comportemental de la première enfance qui s'associent à l'irritabilité et aux pleurs. Elles sont spontanément résolutives, mais peuvent entraîner d'importantes dimensions parentales. Même si on n'en connaît pas l'étiologie, plusieurs chercheurs ont examiné l'effet de l'alimentation sur les coliques du nourrisson. Selon les critères de Rome III pour les troubles gastro-intestinaux fonctionnels, les coliques du nourrisson incluent tous les éléments suivants chez les nourrissons de moins de quatre mois :

- paroxysmes d'irritabilité, d'agitation ou de pleurs qui commencent et s'arrêtent sans raison évidente;
- épisodes d'au moins trois heures par jour, au moins trois jours par semaine, pendant au moins une semaine;
- absence de retard staturopondéral.

On ne connaît pas les étiologies des coliques du nourrisson, mais les professionnels de la santé tentent souvent des interventions alimentaires (20).

f) Troubles ORL :

Otite moyenne aiguë : L'**otite moyenne aiguë (OMA)** est une infection de l'oreille moyenne qui est constituée d'une petite cavité osseuse (appelée « caisse du tympan »), située juste derrière le tympan.

L'otite aiguë est causée :

- soit par une bactérie dans 60 à 70 % des cas (haemophilus influenzae, pneumocoque...),
- soit par un virus (virus respiratoire syncytial, virus para-influenzae, rhinovirus...)

On distingue plusieurs formes d'otites moyennes aiguës :

S'il n'y a pas d'épanchement dans la caisse du tympan, l'otite moyenne aiguë est dite congestive. S'il y en a un épanchement purulent, l'otite est purulente. Elle est soit collectée, soit perforée lorsque le tympan se perforé, laissant écouler des sécrétions jaunâtres par le conduit auditif externe de l'oreille (28).

Otite séro-muqueuse : L'otite séreuse ou séromuqueuse est une inflammation chronique de la muqueuse de l'oreille moyenne avec présence d'un épanchement dans la caisse du tympan depuis plus de 3 mois. L'otite séreuse ou séromuqueuse est une otite moyenne à tympan fermé, ce qui veut dire qu'il n'y a pas de perforation du tympan. La présence du liquide derrière le tympan n'est généralement pas accompagnée de fièvre, ou de douleurs dans l'oreille, symptômes qui caractérisent l'otite moyenne aiguë. L'otite séreuse constitue la première cause d'audition déficiente et c'est aussi la plus fréquente des otites chroniques chez l'enfant ; 50 % en seraient affectés à un moment ou un autre de leur développement. Les pics de fréquence sont observés chez les enfants de moins de 2 ans, et à 5 ans. La fréquence de l'otite séreuse diminue à partir de l'âge de 6 ans. Généralement, l'otite séreuse guérit spontanément, en quelques mois. Un traitement peut toutefois être nécessaire compte tenu de la perte d'audition qu'elle peut entraîner et son retentissement sur l'acquisition de la parole, du langage et des apprentissages (29).

Rhinopharyngite : La rhinopharyngite, appelée couramment rhume, est une infection virale bénigne de la muqueuse qui tapisse l'intérieur du nez (cavité nasale) et le pharynx (situé à l'arrière des fosses nasales).

La muqueuse du nez sécrète habituellement en petite quantité un liquide dont le rôle est d'humidifier en permanence l'air inspiré et de lutter contre les agents infectieux. En cas de contamination par un virus, cette muqueuse gonfle, s'irrite et produit en grande quantité ses sécrétions, de sorte que le nez « est bouché » ou que le nez « coule ».

La muqueuse pharyngée est également le siège d'une inflammation associant rougeur, œdème et douleur. C'est la maladie infectieuse la plus fréquente chez l'enfant. Entre six mois et six ans, chaque enfant présente en moyenne quatre à cinq épisodes de rhinopharyngite par an, surtout en automne et en hiver. En effet, 200 virus différents sont capables de provoquer cette maladie. Chaque virus induit une immunité de courte durée qui ne protège pas contre les autres virus, ce qui permet les réinfections virales multiples (30).

Obstruction des voies aériennes supérieures (VAS) : Plusieurs éléments peuvent créer des troubles respiratoires haut chez le nourrisson (31–35).

Les prédispositions morphologiques de la face : les formes Dolicho-faciale ou hyper divergente qui sont défavorable et inesthétique , créant :

- respiration buccale ;
- position linguale basse et antérieure ;
- obstruction des voies aériennes supéro-postérieures avec hypertrophies amygdaliennes et/ou végétations adénoïdes.

Syndrome d'apnée du sommeil obstructif :

- 2-4% de la population
- arrêt du débit aérien 10 sec avec persistance d'efforts ventilatoires (apnées + hypopnées)
Si primitif : ronflement, HTA, obésité
Si secondaire : causes ORL, endocriniennes, génétiques

Obstruction des voies aériennes supérieures peut venir d'un facteur mécanique notamment une anomalie morphologique des VAS.

Dysfonction tubaire : obstruction de l'orifice tubaire (VA, HA, tumeur cavum) / obstruction nasale = sécrétion dans l'oreille moyenne / inflammation des muqueuses et/ou des parois de la trompe d'Eustache / hypotonie des muscles pharyngés / fente palatines et vélo-palatines / malformations (rare) / troubles de l'articulé dentaire (lors déglutition) .

g) Pleurs inexplicables du Nourrisson :

Se sont des pleurs excessifs vrais soit 3 heures de pleurs/jour, plus de 3 jours/semaine depuis plus de 1 semaine (3 semaines dans la règle initiale des 3 de Wessel en 1954).

Un nourrisson qui pleure n'a pas forcément mal: la durée cumulative des pleurs sur la journée est en moyenne de 1h45 à deux semaines, augmente progressivement pour atteindre 2h45 à six semaines et décroît ensuite pour être inférieure de 1h à 12 semaines (Brazelton).

La fin de journée est une période d'éveil agité lors des premières semaines de vie (pleurs du

soir). Les âges de 3 et 9 mois constituent des stades de transition dans le développement des fonctions neurocomportementales.

Les pleurs excessifs pourraient être un reflet d'une dysharmonie dans ce processus de maturation avec un arrêt souvent spontané des symptômes à partir du 4ème mois (17,36).

h) Troubles du sommeil (TDS) :

Dans la grande majorité des cas, les troubles du sommeil sont tout à fait bénins, et, mêmes durables, ils finissent par rentrer dans l'ordre avec le développement.

Ils ne faut pas qu'ils soient entretenus par une attitude inadéquate de l'entourage familial. (37)

Le sommeil de votre enfant est perturbé si les réveils nocturnes :

- sont trop fréquents (plus de deux fois par nuit) ;
- durent plus de 20 minutes ;
- demandent une présence nécessaire des parents qui sont obligés de bercer l'enfant ;
- surviennent plus de 4 à 5 nuits / 7 nuits ;
- durent depuis au moins 3 mois (38).

Notre enquête a pour but de réaliser un état des lieux des motifs de consultation pour lesquels les nouveaux nés sont présentés dans un cabinet d'ostéopathie spécialisé en pédiatrie, de connaître le réseau d'adressage et les indications secondaires pour lesquels les patients ont recours à l'ostéopathie.

2. Matériel et méthode

1.1 Population étudiée

La population cible est constituée de 212 nourrissons âgés de 0 à 24 mois, venant en primo consultant dans le cabinet d'ostéopathie spécialisé en pédiatrie « GLOP » à Lyon.

a) Critères d'inclusion :

- nourrisson âgé de 0 à 24 mois
- nourrisson venant en première consultation chez l'ostéopathe

b) Critères de non-inclusion :



- pathologies organiques ayant une incidence sur le système osseux du nourrisson et sur son développement respiratoire ou cardiaque ;
- contre-indication à la prise en charge ostéopathique ;
- refus des parents.

c) Critères d'exclusion/modalités de sortie de l'étude :

- refus du questionnaire

d) Éthique :

Dans cette enquête, l'ostéopathe investigateur n'a pas demandé au patient de changer son traitement habituel. Les patients ont reçu un traitement ostéopathique correspondant à leurs besoins, le nombre de consultation dépend des problématiques du patient.

Selon la loi Jardé, il s'agit :

- d'une étude interventionnelle de type 2 ;
- à risque et contraintes minimales ;

1.2 Méthode

a) Type d'étude/Design

Cette étude est une étude épidémiologique et mono centrique. Le lieu de l'étude sera dans le cabinet GLOP à Lyon.

b) Objectifs de l'étude

- Objectif principal :

Connaître la population consultant en ostéopathie pédiatrique

- Objectifs secondaires :

- Réaliser un état des lieux des troubles chez les nourrissons, présentés dans un cabinet d'ostéopathie spécialisé en pédiatrie ;
- Etablir un lien entre les motifs et les signes associés.

c) Critères d'évaluation

- Le critère d'évaluation principal :

évaluation des motifs de consultations à l'aide du questionnaire. (ANNEXE 1)

Ce questionnaire recense les renseignements comme :

- Sexe, Age à la première consultation ;
 - Accompagnant, adressé par ou de... ;
 - Numéro de fratrie ;
 - Geméllité ;
 - Age de naissance en semaine ;
 - Histoire obstetricale (présentation, instruments, césarienne, anesthésie, durée, déroulement de la grossesse et de l'accouchement, méthode d'alimentation) ;
 - Motifs de consultation (torticolis, régurgitation, constipation, coliques, ORL, agités/nerveux, troubles du sommeil, asymétrie crânienne, autres..) ;
 - Traitement ostéopathique par zone.
- o Les critères d'évaluations secondaires :
- Evaluation des dysfonctions ou restrictions de mobilité en tests ostéopathique à l'aide du questionnaire partie « traitement ». Remplis par l'ostéopathe investigateur.

Il a été distribué à chaque famille au choix de la secrétaire de manière aléatoire.

d) Déroulement de l'étude

- o La pré-inclusion se fera dans la file active du cabinet GLOP à Lyon.
- o L'inclusion a commencé en décembre 2016 par l'ostéopathe qui est l'investigateur principal. Les patients correspondant aux critères d'inclusion sont entrés dans l'étude.
- o Les données recensées par l'investigateur principal ont été conservées. Un numéro d'identification a été attribué au patient.
- o La récolte des données s'est arrêtée en Juillet 2017.

1.3 Matériel

- o Le critère de jugement principal :
 - Le questionnaire (Annexe 1)

1.4 Analyse statistique

C'est une enquête quantitative utilisé sur un échantillon grâce à un questionnaire.

Les résultats sont transcrits sous forme graphique sans analyse statistique particulière.



3. Résultats de l'enquête

3.1. Population

L'enquête a été réalisée au sein d'un cabinet d'ostéopathie « GLOP » à Lyon, spécialisé en périnatalité et pédiatrie, portant sur l'analyse des résultats d'un questionnaire distribué 250 fois de manière aléatoire auprès de familles venant consulter pour la première fois dans les 2 premières années de vie de l'enfant. Sur 250, seuls 212 questionnaires ont pu être correctement analysés et inclus dans l'enquête.

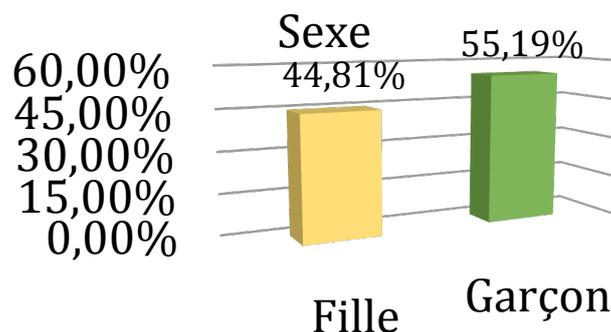


Figure 1 : Sexe de la population

Il y a plus de garçons que de filles qui consultent en ostéopathie pédiatrique précoce.

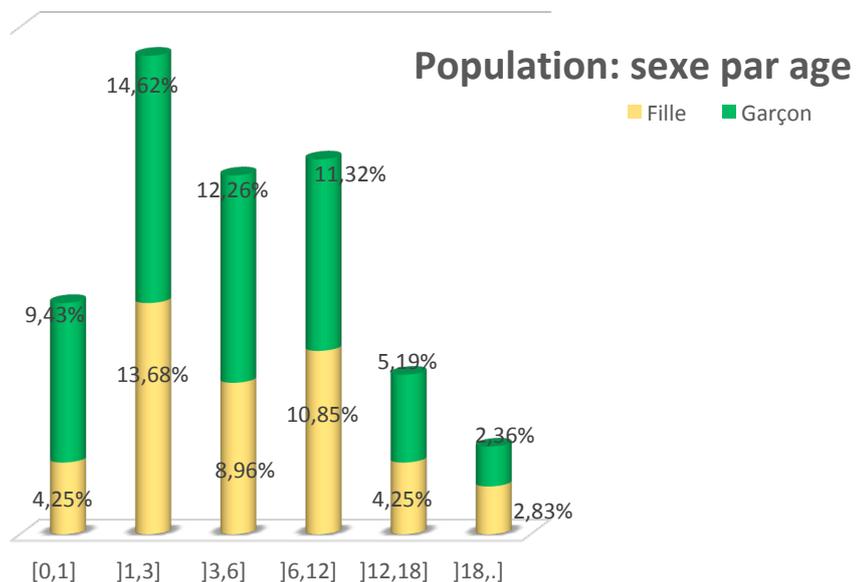


Figure 3 : Description de la population de l'enquête

Nous pouvons conclure que le groupe 1-3 mois est le plus représenté au sein de la population, soit près d'1/3 de la population des 0-24 mois. Près de 80 % des enfants consultent dans leur première année.

3.2. Référencement

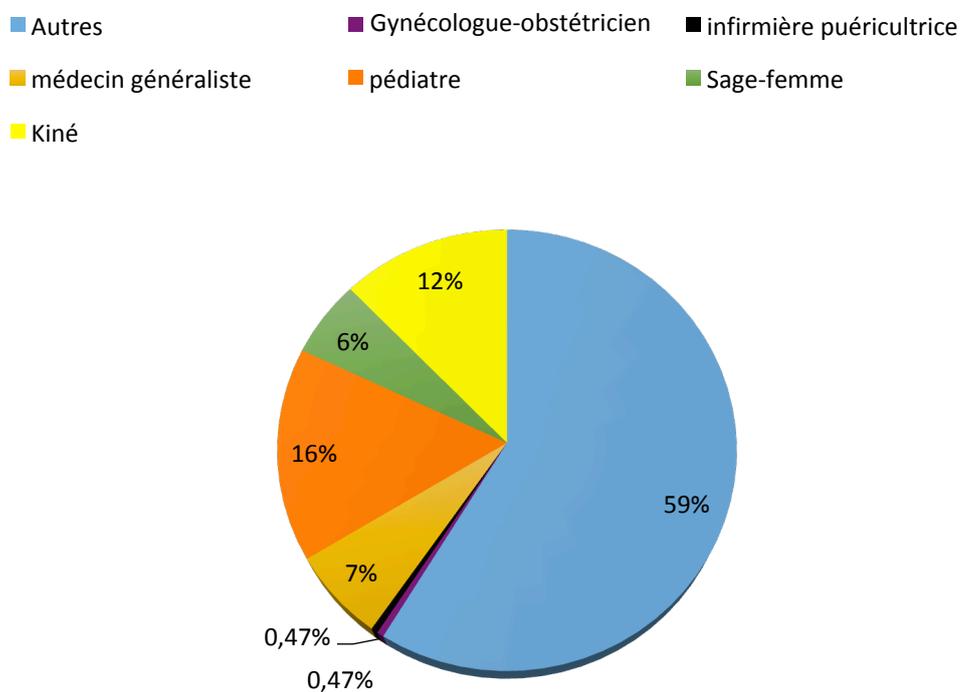


Figure 4 : référencement

41% de patients de cette enquête ont été orientés dans le cabinet d'ostéopathie par un acteur du monde médical ou paramédical.

La majorité du recrutement s'effectue par « bouche-à-oreille » ou par des recherches sur internet, via des réseaux.

3.3 motifs de consultation :

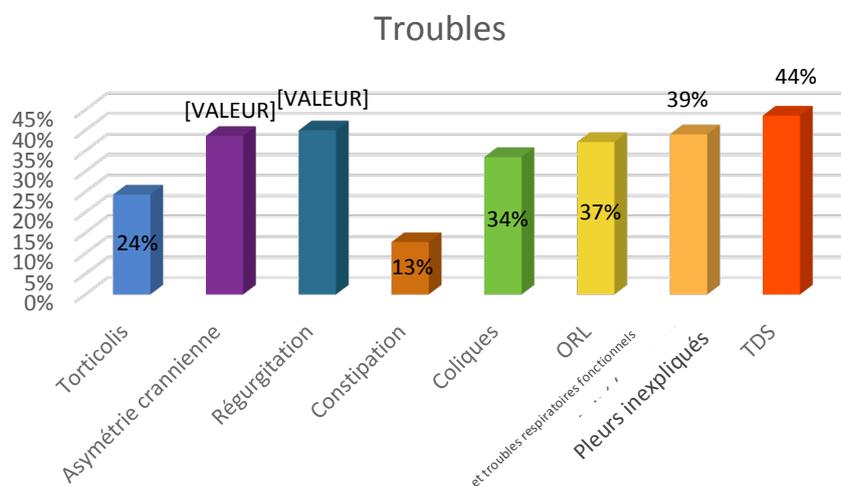


Figure 5 : Répartition de la population par trouble

Ce graphique quantifie la population par motifs de consultations.

Nous pouvons noter que les plus fréquents sont :

- les troubles du sommeil (TDS)
- les pleurs inexplicables
- les asymétries crâniennes.
- les RGO

Répartition

Les motifs de consultation peuvent être regroupés en 4 catégories (sans tenir compte des âges des nourrissons) :

- 1/ troubles posturaux pour les torticolis et plagiocéphalie (DCP) ;
- 2/ troubles digestifs pour les coliques, constipation et RGO ;
- 3/ troubles ORL et respiratoires supérieurs ;
- 4/ troubles du comportement (pleurs inexplicables du nourrisson et les troubles du sommeil.)

3.3.1 Les troubles posturaux

a) les torticolis

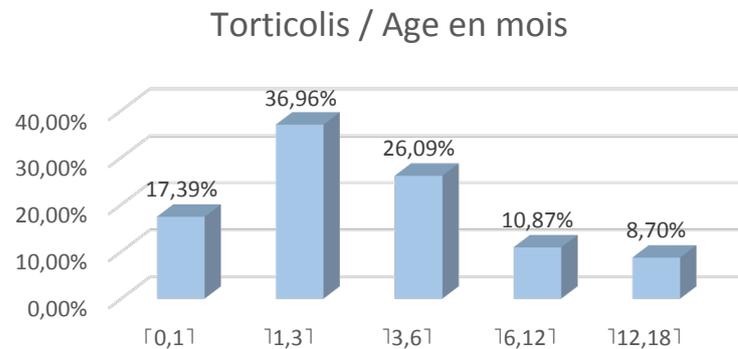


Figure 6 : Population atteinte de torticollis par catégorie d'âge

Plus d'un tiers des nourrissons venant en consultation pour un torticollis ont entre 1 et 3 mois.

Le pourcentage dans la tranche d'âge 3-6 mois reste élevé et il chute significativement passé 6 mois.

Torticollis et troubles associés

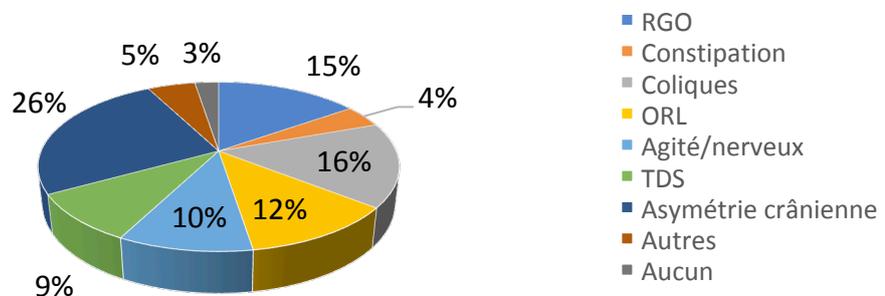


Figure 7 : Population atteinte de torticollis et leurs troubles associés

Sur les 46 patients atteints de torticollis, la majorité ont une asymétrie crânienne soit près d'un tiers d'entre eux.

Nous retrouvons :

- des troubles ORL pour 15%
- des RGO et chez 16% des nourrissons

b) les asymétries crâniennes

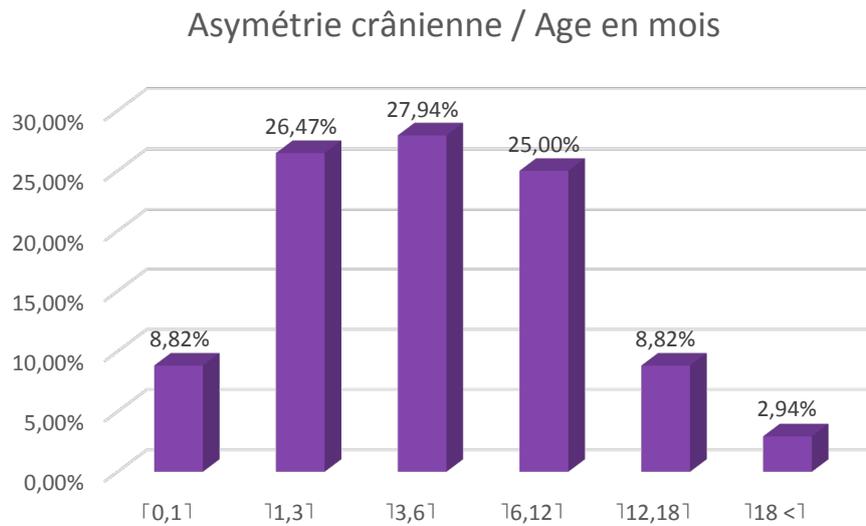


Figure 8 : Population atteinte d'asymétrie crânienne par âge

Les patients venant en consultation avec une asymétrie crânienne représentent $\frac{1}{4}$ des patients âgés de 1 mois à 1an avec une augmentation très franche au terme du premier mois.

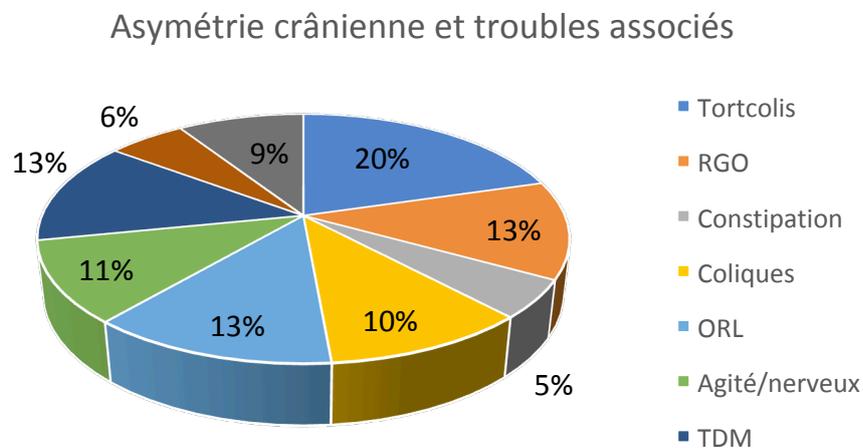


Figure 9 : Troubles associés des nourrissons ayant une asymétrie crânienne.

Les 67 nourrissons atteints d'asymétrie crâniennes ont majoritairement un torticolis associé (1 sur 5).

D'autres signes sont également présents :

- troubles ORL ;
- RGO ;
- troubles du sommeil.

3.3.2 Les troubles digestifs

- RGO : 40%
- Constipation : 13%
- Coliques du nourrisson : 34%

a) RGO

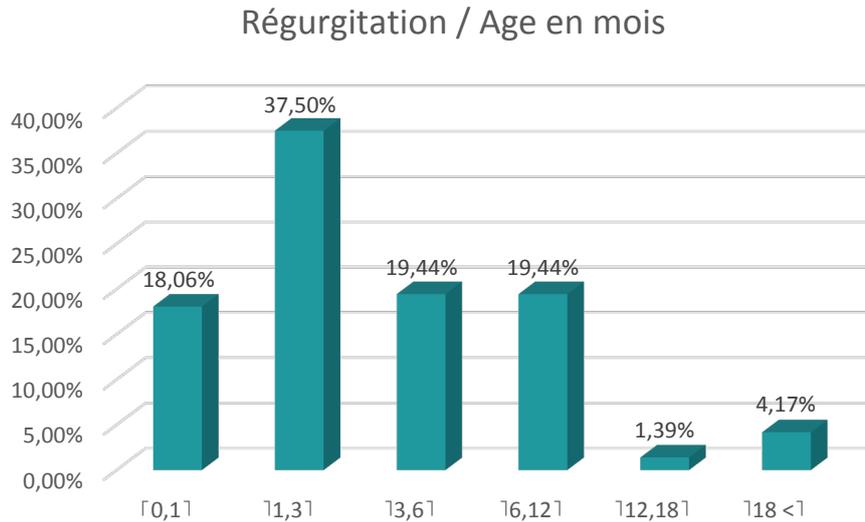


Figure 10 : Nourrissons atteints de RGO par catégorie d'âge

On observe un pic des RGO de 1 à 3 mois, avec une stabilisation des données de 3 à 12 mois.

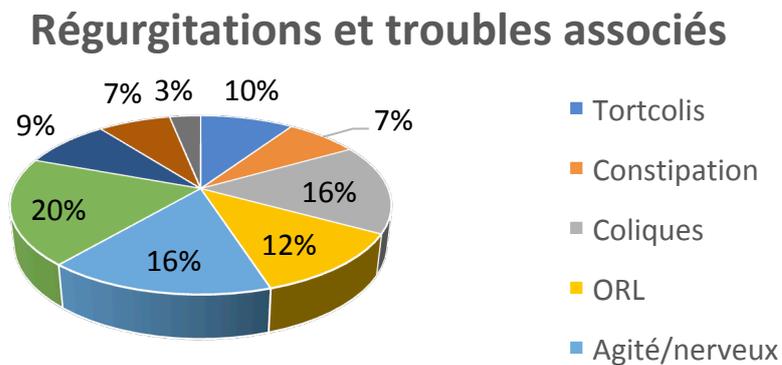


Figure 11 : Troubles associés des nourrissons atteints de RGO

Pour les 72 nourrissons de l'enquête ayant pour motif de consultation des RGO ont majoritairement des troubles du sommeil et des coliques du nourrisson associés.

b) les coliques du nourrisson

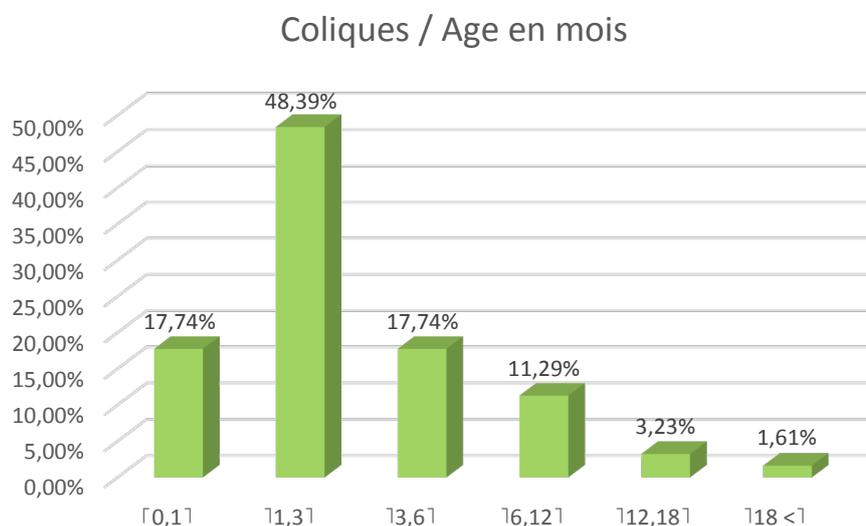


Figure 12 : Nourrissons avec coliques pas catégorie d'âge

Près de la moitié des nourrissons qui consultent en ostéopathie entre 1 et 3 mois présentent des coliques du nourrisson.

Il faut souligner que ce signe décroît spontanément de façon très significative après les 6 mois de vie du nourrisson.

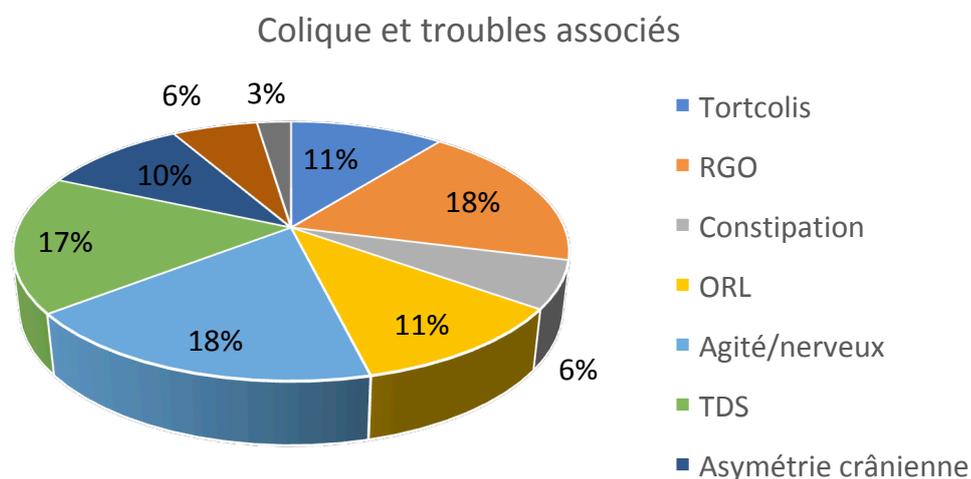
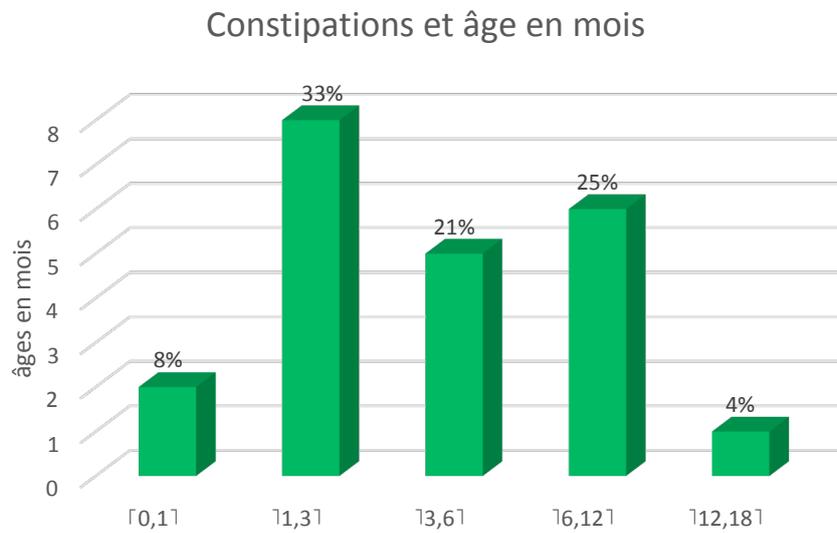


Figure 13 : Troubles associés des nourrissons ayant des coliques

Les 63 nourrissons ayant des coliques présentent majoritairement des pleurs inexplicables associés ainsi que des problèmes de RGO, ces deux points représentent 18% d'entre eux.



c) les constipations

Figure 14 : Nourrissons avec constipation par catégorie d'âge

Les nourrissons ayant entre 1 et 3 mois, sont plus sujet à la constipation .
Les nourrissons de moins d'1 mois et de plus d'1 an sont significativement moins sujet.

Constipation et troubles associés

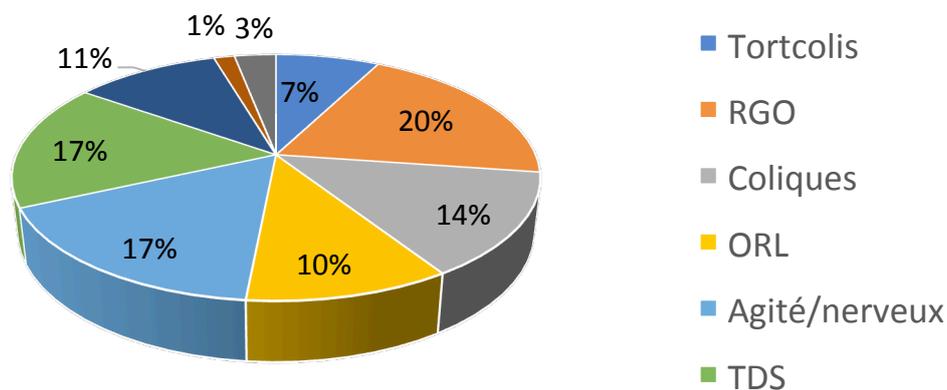


Figure 15 : Troubles associés des nourrissons sujets à la constipation

Les 24 nourrissons venant pour constipation avaient généralement des RGO ainsi que des troubles du sommeil ou des pleurs excessifs pour 17%.

3.3.4 Les troubles ORL et respiratoire

Ils représentent 37% des motifs de consultation

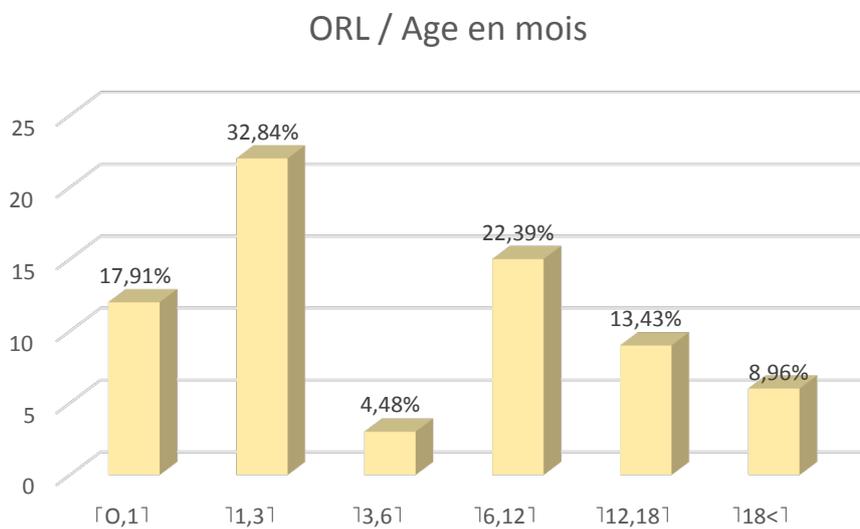


Figure 16 : Nourrissons sujets aux troubles ORL par catégorie d'âge

Majoritairement les nourrissons avec troubles ORL ont entre 1 et 3 mois ou entre 6 et 12 mois.

Figure 17 : Troubles associés des nourrissons sujets aux troubles ORL

Les 68 nourrissons qui présentaient des troubles ORL ou respiratoires avaient des pleurs inexplicables associés, des troubles du sommeil et des RGO

3.3.4 Troubles du comportement :

- Pleurs inexplicables / nervosité : 39%
- Troubles du sommeil : 44%

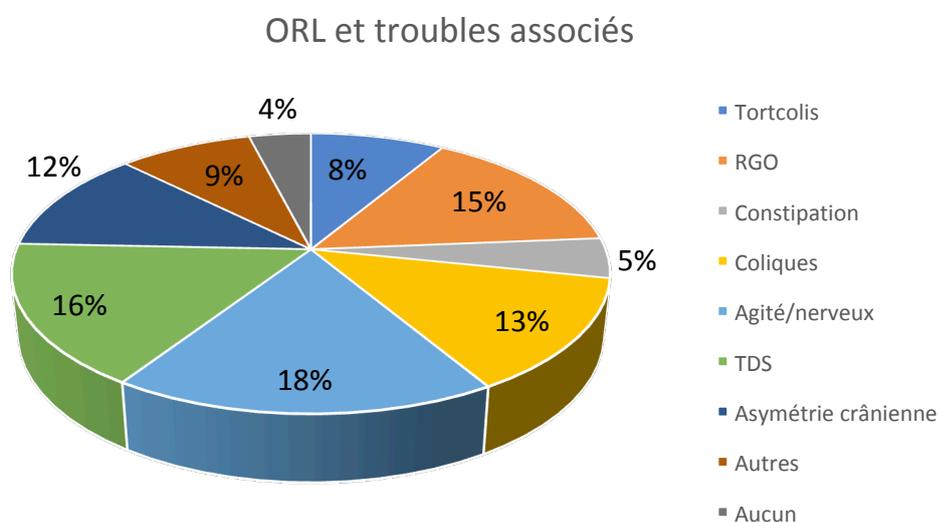


Figure 18 : Pleurs inexplicables du nourrisson par catégorie d'âge

Près de la moitié des nourrissons âgés de 0 à 3 mois présentent des pleurs inexplicables du nourrisson et sont décrits comme nerveux/agités. Bien que décroissant après 3 mois, ce phénomène tend à se poursuivre tout au long de la première année, concernant près d'1 enfant sur 6

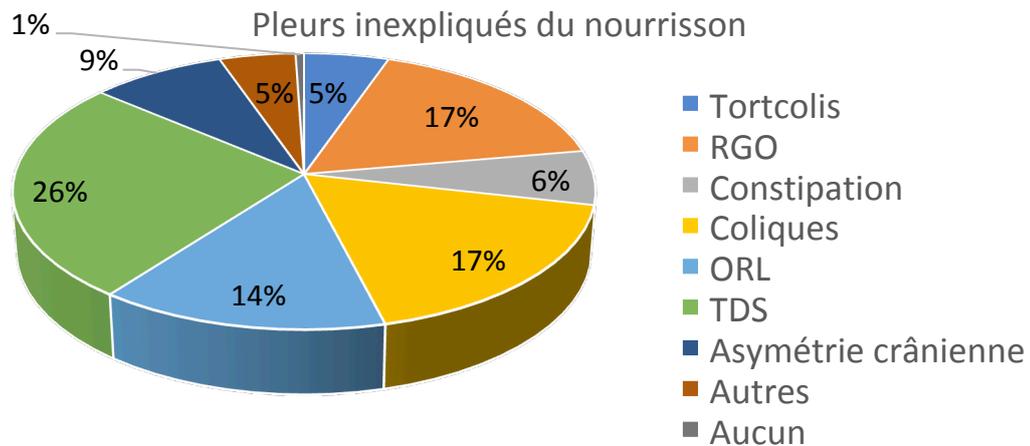


Figure 19 : Pleurs inexplicés du nourrisson et ses troubles associés.

Lorsque le motif de consultation était des pleurs excessifs les enfants présentaient des troubles du sommeil associés et des RGO ou coliques, le début de nuit et la position allongée étant souvent évoqués dans ces problématiques de la petite enfance.

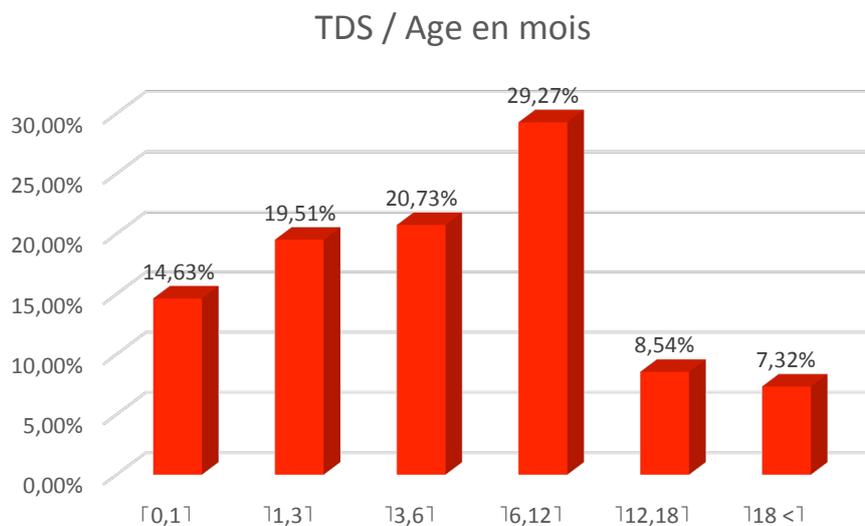


Figure 20 : Nourrissons sujets aux troubles du sommeil, par catégorie d'âge.

La majorité des nourrissons venant pour des troubles du sommeil ont entre 1 mois et 12 mois, cela représente $\frac{1}{4}$ de la population reçue au cabinet dans cette tranche d'âge.

Troubles du sommeil et troubles associés

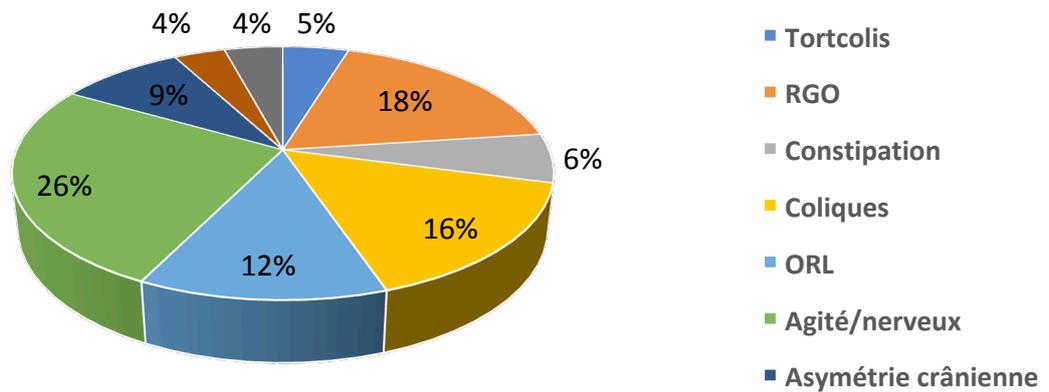


Figure 21 : Troubles associés des nourrissons atteints de TDS

Les 83 nourrissons atteints de troubles du sommeil avaient généralement des pleurs inexpliqués associés pour 26% d'entre eux, des RGO pour 18% et des coliques pour 16%.

4. Discussion

4.1 Avantages de l'enquête

Il n'existe pas d'autres études à ce jour sur ce sujet. L'échantillon de la population est assez important pour pouvoir analyser des résultats.

4.2 Limites de l'étude

L'étude est monocentrique donc la reproductibilité est moins bonne, le questionnaire a été réalisé exclusivement pour l'enquête et n'est donc pas validé scientifiquement.

4.3 Absence de données

Trop peu de données sont connues dans la littérature, il n'y a donc pas de comparaison possible .

5. Conclusion

Notre enquête valide que les troubles posturaux occupent une large place dans la consultation en ostéopathie pédiatrique (23%).

C'est un motif de consultation devenu courant pour lequel l'ostéopathie est facilement envisagée par la population et par le monde médical/paramédical.

Toutefois, d'autres motifs de consultation viennent se rajouter à ceux que nous pouvions pressentir comme les indications essentielles de l'ostéopathie en pédiatrie.

Ainsi les RGO (15%), les coliques du nourrisson(13%), les troubles ORL et respiratoires (14%) constituent un large assez large panel des consultations et ne doivent pas être considérés comme des motifs de consultation secondaire.

Les troubles digestifs sont un des motifs les plus courant chez les nourrisson présentés dans leurs premiers mois de vie. (>30% entre 1 et 3 mois)

Cela illustre la relation structure-fonction que nous avons évoqué en début de propos.

Autre phénomène assez marquant et inattendu : le nombre d'enfant présentant des troubles du sommeil et des pleurs inexplicables. (29% entre 1et 3mois pour les TDS ainsi que 30% pour les TDS entre 6-12 mois).

Ceux-ci peuvent être en lien avec les symptômes sous-jacent, digestifs ou ORL, et peuvent être vus comme l'expression de l'inconfort provoqué, mais aussi le reflet des tensions présentes dans le corps de l'enfant.

Il est important de considérer le développement harmonieux de l'enfant dans son environnement. L'enfant doit pouvoir s'épanouir dans un environnement propice, calme et apaisé. Les inconforts, difficultés fonctionnelles (physiologiques ou motrices) et les répercussions que cela engendre dans son sommeil sont à considérer comme des entraves au développement de « l'être en devenir » qui est présenté à la consultation.

Il est donc primordial de rechercher par tous les moyens à notre disposition des solutions à la résolution des problèmes des premières années de la vie.

La consultation en ostéopathie pédiatrique semble s'inscrire assez justement dans le parcours de soin. Elle doit être réalisée par des spécialistes, du fait de la complexité des tableaux, de la difficulté technique et des enjeux qu'elle présente pour l'enfant et la famille.

Nous pouvons d'ores et déjà établir deux axes de travail afin de compléter celui-ci :

- rechercher les conditions de grossesse et d'accouchement corrélés aux motifs de consultations de cette enquête (puisque le questionnaire nous le permet)
- établir un questionnaire permettant d'évaluer la qualité de vie des enfants avant/après la consultation ostéopathique concernant chacun de ces motif de consultation.



Alexandre

HOURS

*Ostéopathe D.O.,
Léna PHAUK Ostéopathe D.O.,
Anne-Laure SAGE Ostéopathe D.O.*



6. Bibliographie

1. Admin S, Admin S. Système de santé, médico-social et social [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>
2. OMS | À propos des systèmes de santé [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/healthsystems/about/fr/>
3. Sagnes-Raffy DC. ORGANISATION GÉNÉRALE DU SYSTÈME DE SANTÉ EN FRANCE. 2009;13.
4. DGS. Les pratiques de soins non conventionnelles [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>
5. Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. :194.
6. Audrey-LENGLET.pdf [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.fero-science.com/wp-content/uploads/2017/07/Audrey-LENGLET.pdf>
7. Les ostéopathes font leur entrée à l'hôpital - hopital.fr - Fédération Hospitalière de France [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.hopital.fr/Actualites/Les-osteopathes-font-leur-entree-a-l-hopital>
8. L'ostéopathie, définition selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathie-definition-oms>
9. fa56r31.pdf [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/fa56r31.pdf
10. Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.
11. Benchmarks for training in traditional ost, ost,. Geneve: World Health Organization; 2010.
12. Principes directeurs pour la formation en Ostéopathie .pdf.
13. Etude statistique du métier d'ostéopathe en 2018 - (EMOst 2018) [Internet]. [cité 8 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.lejournal.osteopathie-recherche.fr/index.php/statistiques-sondages/emost-2018-etude-du-metier-d-osteopathe-en-2018?start=5>

14. Reflux gastro-œsophagien (RGO) | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. [cité 4 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/reflux-gastro-oesophagien-rgo>
15. N°268 - Reflux Gastro-Œsophagien chez le Nourrisson et chez l'Enfant - 06-03-2015.pdf [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: http://www.college-chirped.fr/College_National_Hospitalier_et_Universitaire_de_Chirurgie_Pediatrique/2e_Cycle_-_ECNi_files/N%C2%B0268%20-%20Reflux%20Gastro-%C5%92sophagien%20chez%20le%20Nourrisson%20et%20chez%20l%27Enfant%20-%2006-03-2015.pdf
16. Charach A. Enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : épidémiologie, comorbidité et évaluation. :9.
17. Parentalité : les pleurs de mon bébé sont-ils normaux ? [Internet]. MédecinDirect. 2019 [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.medecindirect.fr/pleurs-du-bebe/>
18. Di Rocco F, Ble V, Beuriat P-A, Szathmari A, Lohkamp LN, Mottolese C. Prevalence and severity of positional plagiocephaly in children and adolescents. *Acta Neurochir (Wien)*. 2019;161(6):1095-8.
19. 2016TOU31010.pdf [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1179/1/2016TOU31010.pdf>
20. Mouangvong A. Coliques du nourrisson, élaboration d'un projet de fiche-conseil destinée aux parents: enquête par méthode Delphi auprès de médecins généralistes et pédiatres. 2019;107.
21. Breil F, Rosenblum O, Nestour AL. Les troubles du sommeil du bébé et du jeune enfant : revue de la littérature et analyse psychodynamique. *Devenir*. 1 juin 2010;Vol. 22(2):133-62.
22. Torticolis congénital | Pas à Pas en Pédiatrie [Internet]. [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: <http://pap-pediatrie.fr/orthopedie-sport/torticolis-congenital>
23. Prévention des déformations crâniennes positionnelles (DCP) et mort inattendue du nourrisson [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3151574/fr/prevention-des-deformations-craniennes-positionnelles-dcp-et-mort-inattendue-du-nourrisson
24. Reconnaître le reflux gastro-œsophagien du nourrisson [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/rgo-nourrisson/definition-causes>
25. pédiatrie S canadienne de. La prise en charge de la constipation fonctionnelle chez

l'enfant | Société canadienne de pédiatrie [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.cps.ca/fr/documents/position/constipation-fonctionnelle>

26. Intestin irritable, critères de Rome II » SNFCP [Internet]. SNFCP. 2017 [cité 7 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.snfcop.org/questionnaires-outils/constipation-incontinence-troubles-fonctionnels/intestin-irritable-criteres-de-rome-ii/>

27. SGI. De Rome III à Rome IV : Changements dans le diagnostic du SII [Internet]. Société gastro-intestinale | www.mauxdeventre.org. [cité 7 mai 2020]. Disponible sur: <https://badgut.org/centre-information/sujets-de-a-a-z/de-rome-iii-rome-iv-changements-dans-le-diagnostic-du-sii/?lang=fr>

28. Reconnaître une otite moyenne aiguë [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/otite-moyenne-aigue-enfant/reconnaitre-otite-moyenne-aigue>

29. Otite sérumuqueuse de l'enfant : la HAS fait le point sur la pose des yoyos [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2792194/fr/otite-seromuqueuse-de-l-enfant-la-has-fait-le-point-sur-la-pose-des-yoyos

30. Reconnaître la rhinopharyngite du bébé et de l'enfant [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/rhinopharyngite-enfant/reconnaitre-rhinopharyngite>

31. 041-047Camire0904.pdf [Internet]. [cité 4 juin 2020]. Disponible sur: <https://fmoq-legacy.s3.amazonaws.com/fr/Le%20Medecin%20du%20Quebec/Archives/2000%20-%202009/041-047Camire0904.pdf>

32. Brémont F. Détresse respiratoire du nourrisson et de l'enfant. :6.

33. Quelle est l'influence de l'obstruction des VAS (voies aériennes supérieures) sur la croissance maxillo-faciale de l'enfant ? [Internet]. ODF. 2014 [cité 4 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.idweblogs.com/odf/quelle-est-linfluence-de-lobstruction-des-vas-voies-aeriennes-superieures-sur-la-croissance-maxillo-faciale-de-lenfant/>

34. 2014_11_Anomalies_respiratoires_sommeil_T_PETITJEAN.pdf [Internet]. [cité 4 juin 2020]. Disponible sur: https://www.cen-neurologie.fr/files/files/enseignement/cours-seminaires/rhonealpes/2014_11_Anomalies_respiratoires_sommeil_T_PETITJEAN.pdf

35. PATHO ORL OSTEOPACT(2).pptx. Dr Ph FONTAINE

36. Pleurs excessifs du nourrisson | Pas à Pas en Pédiatrie [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: <https://pap-pediatrie.fr/maladie-chronique/pleurs-excessifs-du-nourrisson>

37. Item_43_le_sommeil_de_l-enfant.pdf [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/pediatrie/Item_43_le_sommeil_de_l-enfant.pdf
38. Le sommeil chez le bébé de 0 à 2 ans [Internet]. <https://www.passeportsante.net/>. 2013 [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=sommeil-bebe-les-troubles-du-sommeil-chez-le-bebe>
39. Evolution du nombre de naissances vivantes entre 2000 et 2015 by RTBF50 - Infogram [Internet]. [cité 22 mars 2020]. Disponible sur: <https://infogram.com/evolution-du-nombre-de-naissances-vivantes-entre-2000-et-2015-1h984wzdw1wd4p3>
40. Naissances totales par sexe [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 22 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/naissance-fecondite/naissances-sexe/>

7. Annexe

A remplir par les parents

Recueil de données des enfants de 0 à 24 mois

Age				
Sexe	Fille <input type="checkbox"/>	Garçon <input type="checkbox"/>		
Personne qui accompagne l'enfant	Mère <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	Grands-parents <input type="checkbox"/>	Autres (préciser) <input type="checkbox"/>
Adressé par	Pédiatre <input type="checkbox"/>	Médecin généraliste <input type="checkbox"/>	Sage-Femme <input type="checkbox"/>	
De	Gynécologue- Obstétricien <input type="checkbox"/>	Infirmière- Puéricultrice <input type="checkbox"/>	Autre(préciser) <input type="checkbox"/>	
N° dans la fratrie	Hôpital/clinique <input type="checkbox"/>	Cabinet privé <input type="checkbox"/>	PMI <input type="checkbox"/>	
Gémellité	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
Age de naissance (en semaine d'aménorrhée)				

Histoire Obstétricale

Présentation de l'enfant	Tête <input type="checkbox"/>	Siège <input type="checkbox"/>					
Voie basse	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>					
Instruments	Forceps <input type="checkbox"/>	Cuillères <input type="checkbox"/>	Ventouse <input type="checkbox"/>	Aucun <input type="checkbox"/>			
Césarienne programmée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>					
Césarienne en urgence	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>					
Rachianesthésie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>					
Péridurale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>					
Anesthésie générale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>					
Durée de l'hospitalisation	(Nombre de jour après l'accouchement) : _____						
Déroulement de la grossesse	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>(Très compliqué)</td> <td>(Aucun problème)</td> </tr> </tbody> </table>			0	10	(Très compliqué)	(Aucun problème)
0	10						
(Très compliqué)	(Aucun problème)						
Déroulement de l'accouchement	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>(Très compliqué)</td> <td>(Aucun problème)</td> </tr> </tbody> </table>			0	10	(Très compliqué)	(Aucun problème)
0	10						
(Très compliqué)	(Aucun problème)						
Méthode d'allaitement	Allaitement maternel. Exclusif <input type="checkbox"/>	Biberon exclusif <input type="checkbox"/>	Mixte <input type="checkbox"/>				

Motifs de consultation

Torticollis	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Régurgitation	Fréquences des selles :	
	Qualités des selles :	
	Qualité d'évacuation :	
Constipation	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
ORL	Nez <input type="checkbox"/>	
	Oreille. <input type="checkbox"/>	
	Gorge. <input type="checkbox"/>	
	Oeil <input type="checkbox"/>	
Pleurs inexplicables du nourrisson	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	A quel moment ? _____	
Asymétrie crânienne (plagiocéphalie)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Où ?	
	Depuis quand ?	
Autres (préciser)		