PROGRAMME DETAILLE

Déformations crâniennes positionnelles

**Titre de l’action :** : Déformations crâniennes positionnelles

**Publics concernés :** kinésithérapeutes salariés et libéraux

**Format de l’action :** Formation présentielle

**Mode d’exercice :** Libéraux/ Salariés en centre de santé conventionnés/ Salariés hospitaliers.

1. **Présentation de la formation**

**Titre :** Déformations crâniennes positionnelles

**Niveau :** Acquisition ou perfectionnement

**Nombres d’heures totales :** 21

**Nombres d’heures théoriques :** 12

**Nombres d’heures pratiques :** 9

**Année de réalisation :** 2023

**CONTEXTE**

Une déformation crânienne positionnelle (DCP) c’est l’apparition d’un méplat centralou latéral chez un nourrisson, causé par des facteurs externes et non lié à une pathologie osseuse.

C’est une pathologie est extrêmement fréquente, en effet une étude de 2019 (Di Rocco F., Ble V., Beuriat P-A, 2019) montre que chez les enfants de moins de 1 an, 40% présentent une DCP significative.

Cette prévalence importante a amené la HAS à se questionner sur les causes et les traitements possibles.

Après deux années de travail, les recommandations sont parues en février 2020. Elles mettent en avant des données clefs :

–       La prise en charge doit être précoce (avant 3 mois)

–       Le traitement le plus efficace est la kinésithérapie (recommandation de grade A)

–       La prévention auprès des familles est primordiale

Dans la littérature scientifique, la prise en charge est décrite comme active et adaptée au développement psychomoteur de l’enfant afin de modifier sa motricité dans les soins, les temps d’éveil et les interactions du quotidien.

Il est donc essentiel pour les thérapeutes accompagnant ces enfants de comprendre leur développement, savoir interagir et stimuler de façon adaptée en fonction d’un bilan construit et maitrisé. C’est ce que nous allons vous proposer durant 3 jours.

**OBJECTIFS**

Accueillir, bilanter et prendre en charge un nourrisson présentant une déformation crânienne positionnelle

**METHODES PEDAGOGIQUES**

Les différentes méthodes pédagogiques sont employées en alternance, au fur et à mesure du déroulement de la formation :

• Méthode participative - interrogative : les stagiaires échangent sur leurs pratiques professionnelles, à partir de cas cliniques et des résultats des grilles pré-formation (pré-test)

• Méthode expérientielle : modèle pédagogique centré sur l'apprenant et qui consiste, après avoir fait tomber ses croyances, à l'aider à reconstruire de nouvelles connaissances

• Méthode expositive : le formateur donne son cours théorique, lors de la partie cognitive

• Méthode démonstrative : le formateur fait une démonstration pratique, sur un stagiaire ou un modèle anatomique, devant les participants lors des TP

• Méthode active : les stagiaires reproduisent les gestes techniques, entre eux, par binôme.

• Méthode par "Cas clinique intégré" : Le format pédagogique se fonde sur l’intérêt d’analyser en groupe la situation clinique d’un patient ou « case-based learning ». Les stagiaires résolvent le cas en élaborant par petits groupes une analyse et des propositions en réponse.

Afin d’optimiser la mise en œuvre de ces méthodes, les supports et matériels mis à disposition sont :

- Projection PPT du cours, polycopié et / ou clé USB reprenant le PPT

- Si besoin et en fonction du thème de la formation : tables de pratiques (1 pour 2), tapis, coussins, modèles anatomiques, consommables (bandages, élastiques, etc…).

**MODALITES D’EVALUATION DE L’ACTION**

• Evaluation « pré » (pré-test) et « post formation » (post-test)

• Questionnaire de satisfaction immédiate

• Questionnaire de satisfaction à distance

Programme formation DCP, quand la forme de tête des bébés questionne sur les nouvelles parentalités : dialogue entre l’expérience et les dernières données de la science.

**Introduction 8h-9h :**

Ice breaking game au choix

Présentation des apprenants et des formatrices par le biais du jeu d’introduction

Création de la charte de la formation : Attendus et objectifs pour cette formation ainsi que contexte favorisant l’apprentissage

Analyse des pré-tests sous forme de quizz

**Jour 1 :**

Objectifs : Comprendre le nourrisson => Approche globale du nourrisson, physiologie et développement sensori-moteur de la première année de vie.

* Matin jour 1 :

9h-12h

Vie fœtale : Embryologie et histoire de la grossesse

Anatomie et croissance du crâne

Pause-café (20 min)

Brainstorming (1h) : calendrier moteur de la première année en 4 groupes

**Sous forme de travail corporel**

* Se retourner
* Se déplacer
* S’assoir
* Se hisser/marcher

Impact de l’environnement et notion d’épigénétique

Développement et organisation cérébrale durant les premières années (30 min) :

Théorie des groupes neuronaux

Aspect inné et acquis de la temporalité neuronale

Périodes dites sensibles du développement

* Après-midi jour 1 :

14h-17h

Développement psychomoteur du nourrisson : enjeux tonico-posturaux et équilibre sensorimoteur.

Étude de cas et vidéo

Pause-Café (20 min)

Enjeux de l’attachement et troubles du lien précoce : dialectique du dialogue tonico-émotionnel

**Travail corporel et Jeux de rôle**

Fin de journée : temps d’échange pour retour d’expérience

**Jour 2 :**

Objectifs : Comprendre les mécanismes d’apparition d’une DCP et savoir réaliser un bilan reproductible.

* Matin jour 2 :

8h-12h

Torticolis musculaire congénital et torticolis postural : comment les différencier ? Définitions des différentes déformations.

Étude vidéo l’un ou l’autre ? (45 min)

Traitement du torticolis congénital => Étirements ?

Épidémiologie de la plagiocéphalie : Brainstorming sur la date d’augmentation de la DCP et le mode de vie actuelle ?

Quand la forme du crâne questionne la manière d’être parent aujourd’hui (45 min)

Pause-Café (20 min)

Anamnèse et interrogatoire : Partie majeur de votre bilan

Atelier : Conduire l’interrogatoire, les spécificités du trépied parents-enfant-soignant.

Outils de communication : présentation de l’EM et des objectifs SMART

Mise en place à la maison nécessaire : comment étayer l’alliance thérapeutique.

Première impression : comment instaurer un climat de confiance et favoriser l’alliance et l’observance ?

* Après-midi jour 2 : Louison B. et Céline A.

14h-17h

Bilan diagnostic de la DCP : Évaluer la motricité d’un nourrisson, présentation des outils.

Hammer smith + GM + BSM + Alberta

Atelier pratique : Bilan Amiel Tison / BSM en 2 groupes

Pause

Drapeaux rouges et marche à suivre ?

Plagiocéphalométrie : Outil de mesure de la déformation

Temps d’échange fin de journée : retour d’expérience et souhaits pour demain ?

**Jour 3 :**

Objectifs : Comprendre le bilan et adapter sa prise en charge au nourrisson et sa famille

* Matin jour 3 :

8h-12h

Tour de table, qu’avez-vous retenu des 2 derniers jours comme info majeurs ?

Que pensez-vous trouver comme outil de rééducation ?

Prise en charge : que nous dit la littérature ?

Torticolis / plagiocéphalie / brachycéphalie : s’adapter grâce au raisonnement clinique et une démarche EBP.

Cas clinique avec jeux de rôle :  orienter sa prise en charge.

Pause

Vidéo => Quelle stimulation est adaptée ? mobilisation et stimulations adaptées

Favoriser la relation, quand le thérapeute **soutient** l’attachement.

* Reprendre les temps d’enroulement avec les parents.

Comment posturer l’enfant pour favoriser l’émergence de la motricité volontaire.

Atelier sur poupons de portage.

* Après-midi jour 3 :

14h-17h

Appareillage : casque, quand, comment pour qui ?

Atelier mesure : plagiocéphalométrie.

Les enjeux de la motricité libre accompagnée : Impact sur la dynamique harmonieuse et complexe de la motricité du bébé - Construction de son autonomie et de son individuation

Pause

Atelier portage : bras / écharpe / porte bébé

Atelier boite à outils

Point sur les objectifs et attentes du départ

Test de connaissance sous forme de quizz de fin de formation

Fin de formation

**Références bibliographiques**

Hewitt, L., Kerr, E., Stanley, R. M., & Okely, A. D. (2020). Tummy time and infant health outcomes: a systematic

review. Pediatrics, 145(6).

• Ryall, J. J., Xue, Y., Turner, K. D., Nguyen, P. D., & Greives, M. R. (2021). Assessing the quality of life in infants with deformational plagiocephaly. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery, 49(1), 29-33.

• Collett, B. R., Wallace, E. R., Ola, C., Kartin, D., Cunningham, M. L., & Speltz, M. L. (2020). Do Infant Motor Skills Mediate the Association Between Positional Plagiocephaly/Brachycephaly and Cognition in School-Aged Children?. Physical Therapy.

• Collett, B. R., Kartin, D., Wallace, E. R., Cunningham, M. L., & Speltz, M. L. (2020). Motor function in school-aged children with positional plagiocephaly or brachycephaly. Pediatric Physical Therapy, 32(2), 107-112.

• Collett, B. R., Wallace, E. R., Ola, C., Kartin, D., Cunningham, M. L., & Speltz, M. L. (2020). Do Infant Motor Skills Mediate the Association Between Positional Plagiocephaly/Brachycephaly and Cognition in School-Aged Children?. Physical Therapy.

• Di Rocco, F., Ble, V., Beuriat, P. et al. Prevalence and severity of positional plagiocephaly in children and adolescents. Acta Neurochir 161, 1095–1098 (2019).

Ahluwalia R, Kiely C, Foster J, et al. Positional posterior plagiocephaly: a single-center review. Journal of neurosurgery. Pediatrics. 2020 Jan:1-5.

• Bialocerkowski AE, Vladusic SL, Wei Ng C. Prevalence, risk factors, and natural history of positional plagiocephaly: a systematic review. Dev Med Child Neurol 2008;50(8):577-86

• Carl Cummings, Canadian Paediatric Society, Community Paediatrics Committee, Positional plagiocephaly, Paediatrics & Child Health, Volume 16, Issue 8, October 2011, Pages 493–494

• Lissa C. Baird, MD, Paul Klimo, Jr, MD, Ann Marie Flannery, MD, David F. Bauer, MD, Alexandra Beier, DO, Susan Durham, MD, Alexander Y. Lin, MD, Catherine McClung-Smith, MD, Laura Mitchell, MA, Dimitrios Nikas, MD, Mandeep S. Tamber, MD, PhD, Rachana Tyagi, MD, Catherine Mazzola, MD, Congress of Neurological Surgeons Systematic Review and Evidence-Based Guideline for the Management of Patients With Positional Plagiocephaly: The Role of Physical Therapy, Neurosurgery, Volume 79, Issue 5, November 2016, Pages E630–E631

• Cabrera-Martos, I., Valenza, M.C., Benítez-Feliponi, A. et al. Clinical profile and evolution of infants with deformational plagiocephaly included in a conservative treatment program. Childs Nerv Syst 29, 1893–1898 (2013)

• Martiniuk, A. L., Vujovich-Dunn, C., Park, M., Yu, W., & Lucas, B. R. (2017). Plagiocephaly and developmental delay: a systematic review. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 38(1), 67-78.

• van Vlimmeren, L. A., van der Graaf, Y., Boere-Boonekamp, M. M., L’Hoir, M. P., Helders, P. J., & Engelbert, R. H. (2008). Effect of pediatric physical therapy on deformational plagiocephaly in children with positional preference: a randomized controlled trial. Archives of pediatrics & adolescent medicine, 162(8), 712-718.

• Mawji, A., Vollman, A. R., Hatfield, J., McNeil, D. A., & Sauvé, R. (2013). The incidence of positional plagiocephaly: a cohort study. Pediatrics, 132(2), 298-304.

• WILLIAMS, Elizabeth Nicole. Head control and infant plagiocephaly: towards prevention. 2019. Thèse de doctorat.

• Patural H, Harrewijn I, Cavalier A, Levieux K, Farges C, Gras Leguen C, et al. Désinformation concernant le couchage des nourrissons et la plagiocéphalie. Arch Pediatr 2017;24(11):1057-9

• Cavalier, A., Picot, M. C., Artiaga, C., Mazurier, E., Amilhau, M. O., Froye, E., ... & Picaud, J. C. (2011). Prevention of deformational plagiocephaly in neonates. Early human development, 87(8), 537-543.

• Leung, A., Mandrusiak, A., Watter, P., Gavranich, J., & Johnston, L. (2017). Positional plagiocephaly is associated with sternocleidomastoid muscle activation in healthy term infants. Child's Nervous System, 33(4), 617-624.

• Looman, W. S., & Flannery, A. B. K. (2012). Evidence-based care of the child with deformational plagiocephaly, Part I: assessment and diagnosis. Journal of Pediatric Health Care, 26(4), 242-250.

• Flannery, A. B. K., Looman, W. S., & Kemper, K. (2012). Evidence-based care of the child with deformational plagiocephaly, part II: management. Journal of Pediatric Health Care, 26(5), 320-331.

• Robinson, S., & Proctor, M. (2009). Diagnosis and management of deformational plagiocephaly: a review. Journal of Neurosurgery: Pediatrics, 3(4), 284-295.

• Hutchison, B. L., Stewart, A. W., De Chalain, T. B., & Mitchell, E. A. (2010). A randomized controlled trial of positioning treatments in infants with positional head shape deformities. Acta Paediatrica, 99(10), 1556-1560

• Hutchison, B. L., Stewart, A. W., & Mitchell, E. A. (2011). Deformational plagiocephaly: a follow-up of head shape, parental concern and neurodevelopment at ages 3 and 4 years. Archives of disease in childhood, 96(1), 85-90.

• KLUBA, Susanne, ROßKOPF, Fabian, KRAUT, Wiebke, et al. Malocclusion in the primary dentition in children with and without deformational plagiocephaly. Clinical oral investigations, 2016, vol. 20, no 9, p. 2395-2401.

• Wittmeier, K., & Mulder, K. (2017). Time to revisit tummy time: A commentary on plagiocephaly and development. Paediatrics & child health, 22(3), 159-161.

• Kunz, F., Schweitzer, T., Kunz, J., Waßmuth, N., Stellzig-Eisenhauer, A., Böhm, H., ... & Linz, C. (2017). Head orthosis therapy in positional plagiocephaly: influence of age and severity of asymmetry on effect and duration of therapy. Plastic and reconstructive surgery, 140(2), 349-358.

• Pawelczak, D., Kwiatkowska, K., Franczak-Young, A., Klasa, L., & Kwiatkowski, S. (2020). Cognitive characteristics of children treated for deformational plagiocephaly and parental perception of the therapy. Journal of Neurosurgical Sciences.

• Freudlsperger, C., Steinmacher, S., Saure, D., Bodem, J. P., Kühle, R., Hoffmann, J., & Engel, M. (2016). Impact of severity and therapy onset on helmet therapy in positional plagiocephaly. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery, 44(2), 110-115.

Heidenreich, E., Johnson, R., & Sargent, B. (2018). Informing the update to the physical therapy management of congenital muscular torticollis evidence-based clinical practice guideline. Pediatric Physical Therapy, 30(3), 164-175.

• Collett, B. R., Kartin, D., Wallace, E. R., Cunningham, M. L., & Speltz, M. L. (2020). Motor function in school-aged children with positional plagiocephaly or brachycephaly. Pediatric Physical Therapy, 32(2), 107-112.

• Ditthakasem, K., & Kolar, J. C. (2017). Deformational plagiocephaly: a review. Pediatric nursing, 43(2), 59.

• Herbert Renz-Polster, Freia De Bock, Deformational plagiocephaly: The case for an evolutionary mismatch, Evolution, Medicine, and Public Health, Volume 2018, Issue 1, 2018, Pages 180–185

• Erin R Wallace, PhD, Cindy Ola, PhD, Brian G Leroux, PhD, Matthew L Speltz, PhD, Brent R Collett, PhD, Prediction of school-age IQ, academic achievement, and motor skills in children with positional plagiocephaly, Paediatrics & Child Health

• https://www.has-sante.fr/jcms/c\_533467/fr/prise-en-charge-en-cas-de-mort-inattendue-du-nourrisson-moins-de-2-ans

• https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-

02/reco276\_fiche\_memo\_deformatons\_craniennes\_min\_cd\_2020\_02\_05\_v11\_fev.pdf

• <https://www.has-sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque>

1. DELION, P., & Vasseur, R. (2012). Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de

l'enfant de 0 à 3 ans-1001 bb n° 112. Eres.

2. Amiel-Tison, C. (2009). Neurología perinatal. Barcelona [etc.]: Masson, DL 2001.

3. Amiel-Tison, C., & Gosselin, J. (2007). .valuation neurologique de la naissance . 6

ans. Montréal : éditions du CHU Sainte-Justine.

4. Dubois, J., Dehaene-Lambertz, G., Kulikova, S., Poupon, C., Hüppi, P. S., & Hertz-Pannier, L.

(2014). The early development of brain white matter: a review of imaging studies in fetuses,

newborns and infants. Neuroscience, 276, 48-71.

5. Jouen, F. (2019). Cognition n.onatale et .pigen.se. Journal de la psychanalyse de l'enfant, 9(2),

103-124.

6. Amiel-Tison, C. (2008). Bases physiopathologiques et description de l'examen neuromoteur du

nouveau-n. et du jeune enfant. Cahiers de PreAut, (1), 97-109.

7. VALL.E, L. Maturation c.r.brale : .tapes cl.s/concepts cl.s.

8. Pa, K., & Ea, M. D.veloppement psychomoteur d’une population de nourrissons camerounais .

Yaound. Cameroonian infants psychomotor development profile at Yaound..

9. Battisti, O., NYAMUGABO MUNYERE NKANA, K., GKIOUGKI, E., KEFALA, K., &

DEPIERREUX, F. (2014). Int.r.ts de l'observation des r.flexes archa.ques et des mouvements

g.n.raux chez le nouveau-n. et le nourrisson. Annales Africaine de Médecine.

10. Thomas, N. (2003). Psychomotricit. : D.veloppement psychomoteur de l’enfant.

11. Ratynski, N., Cioni, G., Franck, L., Blanchard, Y., & Sizun, J. (2002). L’observation du

comportement du nouveau-n. : une source pertinente d’informations m.dicales. Archives de

pédiatrie, 9(12), 1274-1279

12. Hadders-Algra, M. (2003). Motricit. spontan.e normale et pathologique du jeune

nourrisson. Enfance, 55(1), 13-22.

13. Hadders-Algra, M. (2001). Evaluation of motor function in young infants by means of the

assessment of general movements: a review. Pediatric Physical Therapy, 13(1), 27-36.

14. Einspieler, C., & Prechtl, H. F. (2005). Prechtl's assessment of general movements: a diagnostic

tool for the functional assessment of the young nervous system. Mental retardation and

developmental disabilities research reviews, 11(1), 61-67

15. Rousseau, F., & Girard, N. (2013). . propos du d.veloppement c.r.bral des

pr.matur.s. médecine/sciences, 29(10), 828-831.

16. Dubois, J., Dehaene-Lambertz, G., Mangin, J. F., Le Bihan, D., Hüppi, P. S., & Hertz-Pannier, L.

(2012). Neurophysiologie clinique: d.veloppement c.r.bral du nourrisson et imagerie par

r.sonance magn.tique. Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology, 42(1-2), 1-9.

17. Jan, M. (2007). The hypotonic infant: Clinical approach. Journal of Pediatric Neurology, 5(3),

181-187.

18. Tasseau, A., Kassis, M., Rigourd, V., Magny, J. F., & Voyer, M. (2003). Quels diagnostics

devant un nouveau-n. hypotonique ? Archives de pédiatrie, 10(7), 670-673.

19. Lisi, E. C., & Cohn, R. D. (2011). Genetic evaluation of the pediatric patient with hypotonia:

perspective from a hypotonia specialty clinic and review of the literature. Developmental

Medicine & Child Neurology, 53(7), 586-599.

20. ORCESI, S., RAVELLI, C., FAZZI, E., & AMIEL-TISON, C. (2012). Le nouveau-n.

hypotonique. Médecine & enfance, 32(9), 363-369.

21. Peredo, D. E., & Hannibal, M. C. (2009). The floppy infant: evaluation of hypotonia. Pediatr

Rev, 30(9), e66-e76.

22. Rousseau, D., & Duverger, P. (2011). L'hospitalisme . domicile. Enfances Psy, (1), 127-137.

23. Martin, K., Kaltenmark, T., Lewallen, A., Smith, C., & Yoshida, A. (2007). Clinical

characteristics of hypotonia: a survey of pediatric physical and occupational therapists. Pediatric

Physical Therapy, 19(3), 217-226.

24. Harris, S. R. (2008). Congenital hypotonia: clinical and developmental

assessment. Developmental Medicine & Child Neurology, 50(12), 889-892.

30

25. Paleg, G., Romness, M., & Livingstone, R. (2018). Interventions to improve sensory and motor

outcomes for young children with central hypotonia: A systematic review. Journal of pediatric

rehabilitation medicine, 11(1), 57-70.

26. Zago, M., Duarte, N. A. C., Grecco, L. A. C., Condoluci, C., Oliveira, C. S., & Galli, M. (2020).

Gait and postural control patterns and rehabilitation in Down syndrome: a systematic

review. Journal of physical therapy science, 32(4), 303-314.

27. Wu, J., Ulrich, D. A., Looper, J., Tiernan, C. W., & Angulo-Barroso, R. M. (2008). Strategy

adoption and locomotor adjustment in obstacle clearance of newly walking toddlers with Down

syndrome after different treadmill interventions. Experimental Brain Research, 186(2), 261-272.

28. Boutot, E. A., & DiGangi, S. A. (2018). Effects of activation of preferred stimulus on tummy

time behavior of an infant with Down Syndrome and associated hypotonia. Behavior analysis in

practice, 11(2), 144-147.

29. Mesquita, M., Ratola, A., Tiago, J., & Basto, L. (2018). Neonatal hypotonia: is it a diagnostic

challenge? Revista de neurologia, 67(8), 287-292.

30. Parush, S., Yehezkehel, I., Tenenbaum, A., Tekuzener, E., Bar‐Efrat/Hirsch, I., Jessel, A., &

Ornoy, A. (1998). Developmental correlates of school‐age children with a history of benign

congenital hypotonia. Developmental Medicine & Child Neurology, 40(7), 448-452

31. Naidoo, P. (2013). Current practices in the assessment of hypotonia in children. South African

Journal of Occupational Therapy, 43(2), 12-17.

32. Hewitt, L., Kerr, E., Stanley, R. M., & Okely, A. D. (2020). Tummy time and infant health

outcomes: a systematic review. Pediatrics, 145(6).

33. Collett, B. R., Kartin, D., Wallace, E. R., Cunningham, M. L., & Speltz, M. L. (2020). Motor

function in school-aged children with positional plagiocephaly or brachycephaly. Pediatric

Physical Therapy, 32(2), 107-112.

34. Dinomais, M., Marret, S., & Vuillerot, C. (2017). Plasticit. c.r.brale et prise en charge

r..ducative pr.coce des enfants apr.s infarctus c.r.bral art.riel n.onatal. Archives de

Pédiatrie, 24(9), 9S61-9S68.

35. Richer, L. P., Shevell, M. I., & Miller, S. P. (2001). Diagnostic profile of neonatal hypotonia: an

11-year study. Pediatric neurology, 25(1), 32-37

36. Challamel, M. J. (2005). Neurophysiologie du sommeil de l’enfant : de la p.riode foetale aux

premi.res ann.es de la vie. Spirale, (2), 19-28

37. Chambers, C., Seethapathi, N., Saluja, R., Loeb, H., Pierce, S. R., Bogen, D. K., ... & Kording, K.

P. (2020). Computer vision to automatically assess infant neuromotor risk. IEEE Transactions on

Neural Systems and Rehabilitation Engineering, 28(11), 2431-2442

38. Trujillo-Priego, I. A., & Smith, B. A. (2017). Kinematic characteristics of infant leg movements

produced across a full day. Journal of rehabilitation and assistive technologies engineering, 4,

2055668317717461.

39. Rademacher, N., Black, D. P., & Ulrich, B. D. (2008). Early spontaneous leg movements in

infants born with and without myelomeningocele. Pediatric physical therapy, 20(2), 137-145.

40. Douniol, M., Xavier, J., Jacquette, A., Afenjar, A., Angeard, N., Heron, D., & Cohen, D. (2008).

Ph.notype psychiatrique des maladies neuromusculaires de l’enfant: revue de la

litt.rature. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 56(2), 63-72.

41. Phagava, H., Muratori, F., Einspieler, C., Maestro, S., Apicella, F., Guzzetta, A., ... & Cioni, G.

(2008). General movements in infants with autism spectrum disorders. Georgian medical news,

(156), 100-105.

42. Morgan, C., Fetters, L., Adde, L., Badawi, N., Bancale, A., Boyd, R. N., ... & Novak, I. (2021).

Early Intervention for Children Aged 0 to 2 Years With or at High Risk of Cerebral Palsy:

International Clinical Practice Guideline Based on Systematic Reviews. JAMA pediatrics.