



Vécus et représentations des médecins généralistes dans la prévention et la prise en charge des déformations crâniennes positionnelles du nourrisson : étude qualitative menée en Seine-et-Marne

Thuy-Anne Duong

► To cite this version:

Thuy-Anne Duong. Vécus et représentations des médecins généralistes dans la prévention et la prise en charge des déformations crâniennes positionnelles du nourrisson : étude qualitative menée en Seine-et-Marne. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03526084

HAL Id: dumas-03526084

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03526084>

Submitted on 14 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2021

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 08 Septembre 2021

par

Mme DUONG Thuy-Anne

Née le 26/03/1990 à Villepinte (93)

VÉCUS ET REPRÉSENTATIONS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES DÉFORMATIONS CRÂNIENNES POSITIONNELLES DU NOURRISSON : Étude qualitative menée en Seine-et-Marne

Président : Monsieur le Professeur BROUARD Jacques

Membres : Madame le Docteur DUPONT-LUCAS Claire
Madame le Docteur NOEL DE JAEGER Sophie

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur DUJARDIN Franck

Année Universitaire 2020/2021**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes

M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition

M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS À MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie



UNIVERSITÉ DE CAEN - NORMANDIE

UFR DE SANTE - FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire 2020/2021

Doyen

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie

Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUMBERT Xavier

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS À MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	BANSARD Mathieu	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	NOEL DE JAEGER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ÉMÉRITES

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

Remerciements

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur BROUARD Jacques, PU-PH, chef de service de pédiatrie, CHU de Caen

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider cette thèse. Soyez assuré de ma gratitude et de mon plus profond respect.

Madame le Docteur DUPONT-LUCAS Claire, PH, gastro-entérologue pédiatrique, CHU de Caen

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de juger mon travail. Veuillez accepter l'expression de ma sincère reconnaissance.

Madame le Docteur NOEL DE JAEGER Sophie, MCA, médecin généraliste, Livarot

Je vous remercie de l'honneur de votre présence dans ce jury et de juger, à présent, mon travail. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

À mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur DUJARDIN Franck, maître de stage, médecin généraliste, Condé-sur-Vire

Je te remercie infiniment de m'avoir proposé de diriger ma thèse à la sortie de mon stage en SASPAS à Condé-sur-Vire. Ton aide et ta disponibilité ont encore plus de valeur durant ce marathon contre la pandémie. Je te suis sincèrement reconnaissante pour ta patience et ta confiance.

A tous ceux qui ont contribué à la réussite de ce projet,

Aux médecins participants, merci de m'avoir accordé votre temps durant cette pandémie et d'avoir participé à cette étude.

Aux médecins relecteurs, aux docteurs Rania, Kim et Odile, merci pour votre aide. Je me réfère toujours à vous car vous êtes mes modèles d'exercice et de philosophie médicale. Merci pour vos précieux conseils et votre soutien.

Aux médecins, aux maîtres de stage, aux infirmi(ères)-ers, aides soignant(e)-s, aux paramédicaux, que j'ai rencontrés sur le chemin de l'apprentissage, de la Seine-Saint-Denis à la Basse-Normandie, un immense MERCI à ces héros invisibles, qui resteront pour moi des modèles impérissables de la vocation médicale et humaine et qui ont chacun contribué, d'une certaine façon, à former la soignante que je suis aujourd'hui. J'espère être à la hauteur de votre engagement.

A mes compagnons de médecine,

Aux co-externes de Bob.(93),

Merci pour cette ambiance solidaire et d'avoir montré aux futurs étudiants qu'il y a de l'espoir et de la fraternité dans nos milieux défavorisés.

Au cher Staff P13, Kim, Florent, Vibol, de nos premiers pas en médecine à aujourd'hui, vous êtes ce noyau qui me rappelle toujours d'où nous partons et aussi prétentieux que cela puisse paraître, vous me rendez fière. Merci infiniment.

Au groupe des thésards, Julie, Samir, Mathura, Nam, Mickaël...chers amis de galère, je suis heureuse de voir nos chemins accomplis et que nous devenons aujourd'hui des frères et soeurs de galère. Bien confraternellement.

A mes co-internes normands,

Plus jamais je ne dirais qu'il fait plus gris en Normandie qu'à Paris puisque le crachin normand est réellement synonyme du beau temps ! Merci à tous les internes dont nos chemins se sont croisés, de jour comme de nuit. Merci pour cette belle parenthèse normande.

A Chị Nga, Marie, Sophie et Narith, nos réunions pluridisciplinaires ne sont pas aussi disciplinées qu'elles ne le font supposer mais elles sont nécessaires à ce beau mariage de culture Asie-Normandie et surtout à cette belle amitié qui nous lie. Je vous porte un toast sans alcool évidemment.

A Manu et Amandine, ces faux-normands, votre enthousiasme et votre optimisme ont été d'un grand soutien dans cette aventure et jusqu'à l'aboutissement de cette thèse. Merci pour tout.

A mes proches,

A mes parents,

Con cảm ơn ba mẹ vì đã luôn ủng hộ con và đã tận tụy hy sinh để cho con có một cuộc sống đủ đầy từ hai bàn tay trắng của ba mẹ. Ba mẹ là tấm gương của tấm lòng độ lượng và đã giúp này nọ trong con thiên hướng này. Con muốn bày tỏ với ba mẹ sự kính trọng và lòng biết ơn sâu sắc vì đã giúp con thực hiện hành trình này.

A l'équipe de l'hôpital René Muret, des bénévoles de passage à ceux qui sont restés jusqu'à leur dernier souffle, je vous remercie de tout coeur pour m'avoir appris le sens de la charité et le service dans l'humilité. Je vous porte dans ma prière.

A ma belle famille, Heng, Miette, Taing et familles associées, merci pour votre accueil, votre confiance et l'affection que vous me portez. Je vous en suis très reconnaissante et je suis très heureuse de faire partie de votre famille.

Aux soeurs Mai, Odile, Elo, Valou, vous occupez une place fraternelle irremplaçable depuis notre rencontre au lycée. Je vous remercie pour tout ce que vous nous avez apporté durant ces années d'études et j'espère que depuis la Guyane, le Canada et la Picardie, vous recevrez un flot de mon amour pour vous.

A Guillaume, mon meilleur ami et ennemi, même si le gagnant est de toute évidence connu d'avance, cette course d'obstacles n'aurait pas eu le même engouement sans tes défis impossibles. Je râle et pourtant la réussite à l'autre bout de la corde est en partie grâce ou à cause de toi. Si je devais me reconverter, je n'oublierai pas d'ouvrir une pataterie gastronomique en ton honneur.

A Valentine, ma positive influenceuse, tes encouragements et tes folies sans filtre m'ont été d'une aide très précieuse durant la fin de mon parcours étudiant. Je tiens à te décerner la coupe du Macaron d'Or et surtout à te remercier du fond du coeur. Merci cousine !

A Lan Anh et Guillaume, les forces tranquilles, merci d'être simplement toujours là... tant bien même qu'un détective privé se tient fréquemment à l'angle de la rue.

A Chî VT et TP, mes xấu và ác, merci pour les fous rires. Le temps passe et pourtant les jérémiades de mes années de galère ont l'agréable goût du saucisson et du cornichon. J'espère pouvoir enfin profiter de l'apéro entourée de vos petits monstres.

A ma future consoeur Phuong Anh, ses frérots, à Nhi et JM, à Khanh et Tin, vous avez été une source de motivation pour moi en me donnant une énergie incroyable. Merci pour votre bonne humeur contagieuse et vos encouragements.

...et enfin à mon mari !

A Antoine, mon confident, mon docteur, mon complice, merci pour ta patience infinie, ton aide à chaque instant, ton soutien indéfectible, tout en endurant ton propre parcours. Sans toi, cette traversée n'aurait pas connu des quêtes aussi trépidantes à raconter et un tome qui semble bien se terminer. J'ai hâte de poursuivre notre histoire et que nous devenions ensemble, je l'espère, de bons médecins.

A tous ceux qui m'ont soutenu mais que je n'ai pas pu mentionner ici, Merci.

Abréviations

ANCRéMIN : Association Nationale des Centres Référents sur la Mort Inattendue du Nourrisson

DCP : Déformation Crânienne Positionnelle

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

MIN : Mort Inattendue du Nourrisson

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PP : Plagiocéphalie Postérieure

SFDO : Syndicat Français Des Ostéopathes

Index des Tableaux et Figures

Tableaux

Tableau 1. Tableau des études sur les potentielles conséquences des DCP classées selon leur niveau de preuve	8
Tableau 2. Grade des recommandations en fonction du niveau de preuve selon la HAS	8
Tableau 3. Tableau récapitulatif des caractéristiques de l'échantillon	21

Figures

Figure 1. Les trois types de DCP	2
Figure 2. Asymétrie faciale due à une DCP fronto-occipitale	2
Figure 3. Les déformations crâniennes associées à une craniosténose	3
Figure 4. Plagiocéphalie positionnelle (a) et plagiocéphalie par synostose lambdoïde droite (suture synostose hachurée (b)). Dans la plagiocéphalie positionnelle, les sutures sont normales	3
Figure 5. Déroulement du développement moteur autonome type Loczy selon Dr Emmi Pikler	5
Figure 6. Mesures anthropométriques d'une plagiocéphalie positionnelle	7
Figure 7. Classification de la plagiocéphalie et de la brachycéphalie positionnelles selon Argenta	7
Figure 8. Orthèse crânienne	15
Figure 9 . Diagramme schématique partant des expériences et formations aux prises en charge des DCP du nourrisson en fonction des représentations des médecins participants	72
Figure 10. Proposition d'un arbre décisionnel pour la prise en charge des DCP	86

Sommaire

I. INTRODUCTION	1
1. Contexte	1
2. Définitions	1
2.1 Les Déformations Crâniennes Positionnelles	2
2.2 Les craniosténoses	3
3. Incidence	4
4. Facteurs de risque des DCP	4
4.1 Principaux facteurs de risque	4
4.2 Lien entre plagiocéphalie et décubitus dorsal	4
4.3 Lien entre plagiocéphalie et restriction de mobilité	5
5. Diagnostic	6
5.1 L'examen clinique	6
5.2 Les diagnostics associés ou différentiels	6
5.3 Le rôle de l'imagerie	6
5.4 La gradation de la gravité	7
6. Conséquences	8
6.1 Développement psychomoteur	9
6.2 Asymétrie mandibulaire	9
6.3 Complications ophtalmologiques	9
6.4 Scolioses	10
6.5 Otites	10
7. Prise en charge	10
7.1 Conseils de prévention	10
7.1.1 En prévention primaire : avant que les DCP n'apparaissent	10
7.1.2 En prévention secondaire : lorsque les DCP sont déjà installées	11
Pendant l'éveil	11
Pendant le sommeil	12
7.2 La place de la prévention des DCP du nourrisson	12
7.3 Propositions de traitement pour les DCP acquises	13
7.3.1 La thérapie positionnelle et kinésithérapie	13
7.3.1.1 La thérapie par repositionnement	13
7.3.1.2 La thérapie physique par kinésithérapie	13
7.3.2 La place de l'ostéopathie	14
7.3.3 L'orthèse crânienne	14
7.3.3.1 Orientation vers un référent spécialiste	14
7.3.3.2 Thérapie par casque	14
7.3.4 Le traitement chirurgical	15
8. Problématique et objectifs de l'étude	16

II. MATERIELS ET METHODES	17
1. Type d'étude	17
2. Recherche bibliographique	17
3. Population étudiée	17
3.1 Population cible	17
3.2 Les critères d'inclusion	17
3.3 Recrutement	17
4. Recueil des données	18
4.1 Mode de recueil des données	18
4.2 Le guide d'entretien	18
4.3 L'entretien	18
5. Analyse des données	19
 III. RÉSULTATS	 21
1. Les entretiens et la population d'étude	21
1.1 Les entretiens	21
1.2 Caractéristiques de la population d'étude	21
1.2.1 Caractéristiques personnelles	22
1.2.2 Caractéristiques professionnelles	22
1.2.2.1 Nombre d'année d'exercice en médecine générale et compétences complémentaires	22
1.2.2.2 Milieu d'exercice	22
1.2.2.3 Mode d'exercice	22
1.2.2.4 Part de pédiatrie	22
2. Analyse des entretiens	23
2.1 Représentations des DCP du nourrisson et expériences	23
2.1.1 Une problématique déjà rencontrée au cabinet	23
2.1.2 Premières représentations des DCP	23
2.1.2.1 La définition	23
2.1.2.2 Un caractère bénin	23
2.1.2.3 Une problématique anxiogène	24
2.1.2.4 Des causes évoquées sur les DCP	24
2.1.2.5 La représentation de la thérapie	25
2.1.3 Les expériences des médecins participants	26
2.1.3.1 La demande des parents	26
2.1.3.2 La fréquence	26
2.1.3.3 Une inquiétude résignée	27
2.1.3.4 L'expérience parentale	27
2.1.3.5 Un avis médical à l'étranger	27
2.1.3.6 Souvenir d'une craniosténose	28
2.1.3.7 Absence de cas remarquable et de complication	28

2.1.4 Les éventuelles conséquences	28
2.1.4.1 Des conséquences esthétiques	28
2.1.4.2 Des conséquences fonctionnelles	28
2.1.4.3 Des conséquences en fonction du degré de déformation	29
2.1.4.4 Une détresse réciproque	29
2.1.4.5 Absence de conséquence	29
2.1.4.6 Aucun avis sur les conséquences	29
2.2 La consultation en pratique	30
2.2.1 L'examen clinique	30
2.2.1.1 L'interrogatoire	30
2.2.1.2 L'examen physique	30
2.2.2 Le dépistage	30
2.2.2.1 La mesure du périmètre crânien	30
2.2.2.2 Un dépistage spécifique	31
2.2.2.3 Une prévention primaire	31
2.2.3 La délivrance de l'information	31
2.2.3.1 Sujet abordé par le médecin	31
2.2.3.2 Sujet abordé par les parents	32
2.2.3.3 Sujet non abordé	32
2.2.4 La prise en charge	32
2.2.4.1 L'approfondissement de l'examen clinique	32
2.2.4.2 La délivrance de conseils	33
2.2.4.3 La prescription de soins paramédicaux	34
2.2.5 Le vécu des médecins avec les parents	34
2.2.5.1 Le ressenti global des médecins concernant les parents	34
2.2.5.2 L'attitude des médecins face à l'inquiétude parentale	36
2.2.5.3 La place de la DCP durant la consultation	38
2.2.5.4 Des sujets satellites	38
2.3 Les soins pluridisciplinaires	39
2.3.1 Le recours à d'autres professionnels	39
2.3.1.1 A quel moment ?	39
2.3.1.2 Par qui ?	40
2.3.1.3 Comment ?	41
2.3.2 La prise en charge par les professionnels de santé	42
2.3.2.1 Concernant l'ostéopathie	42
2.3.2.2 Concernant la kinésithérapie	43
2.3.2.3 Concernant le chirurgien orthopédique	44
2.3.3 La place donnée aux professionnels de santé	44
2.3.3.1 La place des paramédicaux	44
2.3.3.2 La place controversée de l'ostéopathie	45
2.3.3.3 La place peu connue de la kinésithérapie	47
2.3.3.4 La place ultime des spécialistes pédiatriques	47

2.3.4 La collaboration avec les différents intervenants	47
2.4 Le ressenti des médecins sur les DCP	48
2.4.1 Le ressenti global	48
2.4.2 Le ressenti face à une DCP persistante	48
2.4.2.1 Un sentiment d'indifférence	48
2.4.2.2 Un sentiment d'hésitation	49
2.4.2.3 Un sentiment d'échec relatif	49
2.4.2.4 Une persévérance bienveillante	49
2.4.3 Le ressenti vis-à-vis de leur rôle	50
2.4.3.1 Leurs missions	50
2.4.3.2 Leur place dans la prise en charge des DCP	50
2.5 Les sources de connaissances	51
2.5.1 Les sources de connaissances des médecins	51
2.5.1.1 Non enseigné à la faculté	51
2.5.1.2 Un apprentissage par l'expérience	52
2.5.1.3 Un apprentissage par lecture d'articles	52
2.5.1.4 Des formations supplémentaires	52
2.5.1.5 Des ressources diverses	53
2.5.1.6 L'objet de recherche	53
2.5.1.7 Des informations suffisantes	53
2.5.2 Les sources d'informations à destination des parents	54
2.5.2.1 Des informations internet peu fiables	54
2.5.2.2 L'ostéopathe	54
2.5.2.3 Des informations médicales insuffisantes	55
2.6 Suggestions d'optimisation de la prévention et de la prise en charge des DCP	55
2.6.1 Le travail de prévention et de réassurance	55
2.6.1.1 Prévention par les médecins généralistes	55
2.6.1.2 Prévention par les professionnels de périnatalité	56
2.6.1.3 Déculpabiliser les parents	56
2.6.2 Des supports de prévention simples et accessibles pour tous	56
2.6.2.1 Le carnet de santé	56
2.6.2.2 Des fiches pratiques	57
2.6.2.3 Un carnet d'adresses	57
2.6.3 La formation médicale	57
2.6.3.1 La formation initiale et continue	57
2.6.3.2 Une formation spécifique	58
2.6.4 Le travail de recherche	58

IV. DISCUSSION	59
1. Validité interne	59
1.1 Forces de l'étude	59
1.1.1 Choix de l'étude	59
1.1.2 L'échantillon	59
1.1.3 Le guide d'entretien et le recueil des données	60
1.2 Limites de l'étude	61
1.2.1 Biais de recrutement	61
1.2.2 Biais d'investigation	61
1.2.3 Biais d'interprétation	62
2. Analyse des résultats	63
2.1 La sensibilisation des médecins sur les DCP	63
2.1.1 Leurs expériences et connaissances	63
2.1.1.1 L'observation des médecins	63
2.1.1.2 La perception des médecins	66
2.1.2 Leurs représentations	67
2.1.3 Leurs pratiques	68
2.1.3.1 Prévention secondaire	68
2.1.3.2 Prévention primaire	70
2.1.4 La recherche de connaissances	71
2.1.5 Diagramme schématisant les expériences, les représentations et les pratiques des médecins participants	72
2.2 L'attitude des médecins vis-à-vis des parents	74
2.2.1 Les facteurs psychosociaux et environnementaux	74
2.2.2 Les représentations et vécus des parents	75
2.2.2.1 Une banalisation des DCP	75
2.2.2.2 Le non-respect des conseils de positionnement	75
2.2.2.3 Confusion avec la prévention de la MIN	76
2.2.3 Les sources d'informations des parents	77
2.2.3.1 Le manque d'information par le corps médical	77
2.2.3.2 La mésinformation par les médias	77
2.2.3.4 L'ostéopathe comme meilleur informateur	78
2.2.4 L'alliance thérapeutique	78
2.2.4.1 La réassurance et une attitude empathique	78
2.2.4.2 Le rôle du médecin généraliste	79
2.3 La place des autres professionnels de santé	80
2.3.1 La controverse de l'ostéopathie	80
2.3.1.1 Une évaluation débutante	80
2.3.1.2 La surmédiatisation de l'ostéopathie	82
2.3.2 La méconnaissance de la kinésithérapie	83
2.3.3 Un avis spécialisé en dernier recours	83
2.4 Les freins à la prévention et à la prise en charge des DCP	84

3. Les perspectives	85
3.1 La médiatisation de la prévention	85
3.1.1 Le carnet de santé	85
3.1.2 Un plan de soins	86
3.1.3 Un plan de sensibilisation	87
3.2 La formation	89
3.2.1 La formation initiale et continue	89
3.2.2 Le travail de recherche informatique	89
 V. CONCLUSION	 90
 Bibliographie	 91
Annexes	95

I. INTRODUCTION

1. Contexte

Depuis les années 1990, avec la mise en oeuvre des recommandations de la position de couchage sur le dos dans le cadre de la prévention de la Mort Inattendue du Nourrisson (MIN), on observe une augmentation concomitante de la fréquence des plagiocéphalies non synostotiques (1), appelées Déformations Crâniennes Positionnelles (DCP) du nourrisson.

En effet, dans la seule étude française réalisée à Lyon, publiée en 2019 par le Professeur Di Rocco et al. (2), la prévalence de la plagiocéphalie est constatée chez 25% des enfants de 1 mois à 18 ans dont 40,5% entre 1 mois et 12 mois.

Selon le rapport français du Pr Sommelet de 2006 (3), 50 à 60% des enfants de moins de 2 ans sont suivis en ambulatoire régulièrement par un pédiatre et 50% sont suivis par un médecin généraliste.

Face à la pénurie des pédiatres libéraux (4), le médecin généraliste, également en première-ligne dans le suivi des nourrissons, est amené au même titre que le pédiatre à répondre aux inquiétudes des parents et à prendre en charge la plagiocéphalie du nourrisson.

2. Définitions

Le terme plagiocéphalie vient du grec « plagios » signifiant oblique et « kephalê » signifiant la tête. La plagiocéphalie désigne une déformation asymétrique du crâne. L'asymétrie du crâne est en lien avec des contraintes mécaniques excessives sur le crâne en croissance du nourrisson.

Lorsqu'un aplatissement de la tête postérieure est observé dans les premiers mois de vie, la déformation crânienne est nommée Plagiocéphalie Postérieure (PP). Il existe des PP synostotiques, appelées également craniosténoses. Elles sont secondaires à une synostose qui est une fusion prématurée des sutures crâniennes. Elles diffèrent des PP non-synostotiques parmi lesquelles on distingue les Plagiocéphalies Postérieures d'Origine Positionnelle (PPOP).

Les Déformations Crâniennes Positionnelles (DCP) est le terme utilisé dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui désigne les déformations acquises du crâne sans synostoses. Elles sont secondaires à des facteurs biomécaniques externes de compression ou de traction. Dans la définition, les DCP seraient équivalentes aux PPOP.

Il est important de différencier les DCP aux craniosténoses.

2.1 Les Déformations Crâniennes Positionnelles

Les DCP résultent de l'application de forces externes sur le crâne encore malléable du nourrisson. Les sutures crâniennes sont normales malgré les déformations osseuses.

Deux périodes sont distinguées :

- Les déformations survenant en période prénatale apparaissent en raison des contraintes intra-utérines. Elles sont caractérisées par le terme de **plagiocéphalies déformatives**.
- Les déformations post-natales résultent d'une position inactive et prolongée du nourrisson contre un plan dur.

Trois principaux types de DCP sont décrites en post-natal (Figure 1) :

- **La plagiocéphalie occipitale** est une déformation asymétrique où le crâne, de forme ronde à la naissance, se déforme peu à peu au cours des premiers mois de vie suite à une inclinaison de la tête vers le même côté. Elle se caractérise par un aplatissement occipital unilatéral et homolatéral à l'inclinaison de la tête de l'enfant.
- **La plagiocéphalie fronto-occipitale** est une évolution avancée de la plagiocéphalie occipitale qui prend alors la forme d'un parallélogramme, entraînant le déplacement antérieur de l'oreille homolatérale, un bombement frontal homolatéral et un bombement postérieur occipito-pariétal controlatéral, conduisant à une possible asymétrie faciale (Figure 2).
- **La brachycéphalie postérieure** est une plagiocéphalie symétrique souvent retrouvée chez des nourrissons aux antécédents particuliers : des bébés macrosomes, hypotoniques avec ou sans retard de développement, un allaitement prolongé ou des enfants atteints de maladies nécessitant une hospitalisation longue. Elle présente un élargissement et un raccourcissement antéro-postérieur du crâne avec un bombement frontal. Cette déformation aurait tendance à se corriger plus difficilement et plus lentement. Toutefois, une brachycéphalie peut faire évoquer une rare craniosynostose bilatérale des sutures coronales.

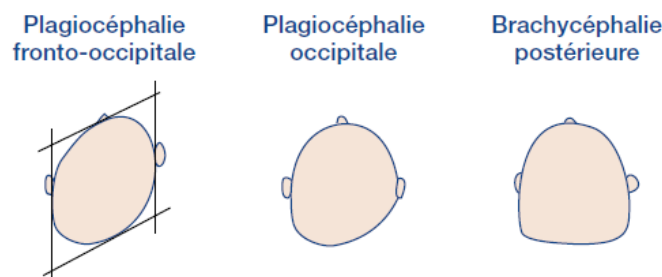


Figure 1. Les trois types de DCP (5)

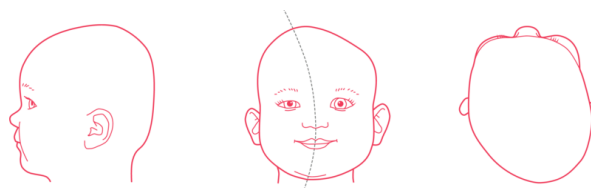


Figure 2. Asymétrie faciale due à une plagiocéphalie fronto-occipitale (6)

Les DCP sont l'objet de cette étude.

2.2 Les craniosténoses

Les craniosténoses ou craniosynostoses (terme utilisé par la HAS) ou plagiocéphalies malformatives, résultent d'une synostose qui est la fusion précoce d'une ou de plusieurs sutures du crâne. Plusieurs craniosténoses sont décrites en fonction de la localisation de la fusion (Figure 3).

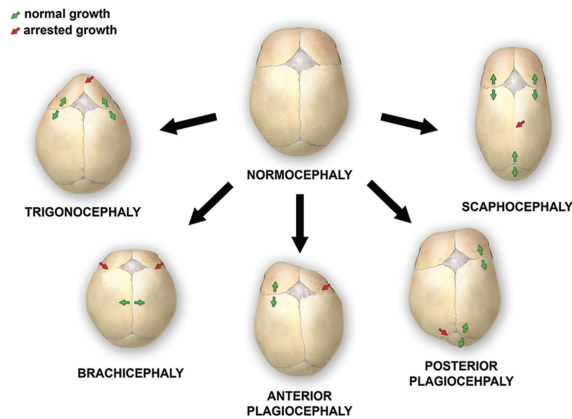


Figure 3. Les déformations crâniennes associées à une craniosténose (7)

Elles sont rares et la prévalence est estimée à 1/2 100 naissances (8). Leur étiologie reste indéterminée. Il a été évoqué une série d'hypothèses sur d'éventuels facteurs prédisposant la pathologie : des contraintes mécaniques sur la tête dès la vie intra-utérine, une exposition prénatale à des agents tératogènes ou toxiques (tabagisme maternel ou consommation d'antiépileptiques), des anomalies chromosomiques.

Dans 90 % des cas, elle est isolée et non syndromique, mais pour les 10% restants, il s'agit de syndromes complexes. Elles sont généralement diagnostiquées au cours des premiers jours ou mois de vie par une dysmorphie crânienne et faciale.

Parmi les craniosténoses, celle qui touche les sutures lambdoïdes est la seule qui cause un aplatissement occipital. Elle peut donc se confondre avec une DCP fronto-occipitale. Cependant, cette synostose lambdoïde donne à la tête un aspect de trapèze avec un déplacement postérieur du front homolatéral à la fusion, contrairement à la plagiocéphalie positionnelle qui a une forme de parallélogramme avec un bombement frontal homolatéral à l'aplatissement occipital (Figure 4).

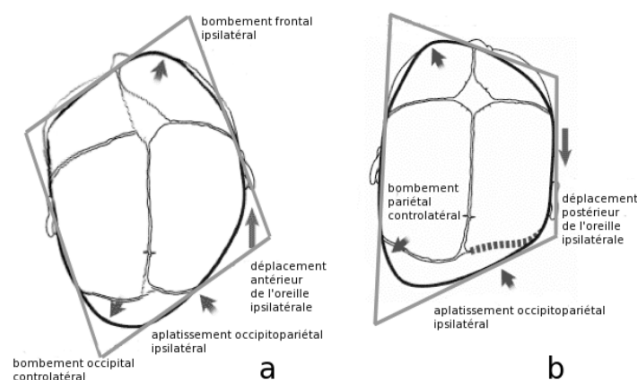


Figure 4. Plagiocéphalie positionnelle (a) et plagiocéphalie par synostose lambdoïde droite (suture synostose hachurée) (b). Dans la plagiocéphalie positionnelle, les sutures sont normales (9)

Ces malformations comprennent des conséquences graves et urgentes dues au conflit de croissance entre le crâne et l'encéphale, provoquant une hypertension intracrânienne. Un retard de prise en charge chirurgicale peut entraîner un retentissement cognitif et visuel.

3. Incidence

Une étude de cohorte américaine (10) a permis d'établir que l'incidence de la DCP est importante les premiers mois de vie, atteignant 19.7% des nourrissons à quatre mois puis s'atténuant lentement à 8, 12 et 24 mois, respectivement 9.2%, 6.8%, et 3.3%.

La majorité des cas de plagiocéphalie disparaît à l'âge de 2 ans, probablement par acquisition de la marche et par diminution du temps de contraintes exercées sur le crâne.

4. Facteurs de risque des DCP

4.1 Principaux facteurs de risque

Selon la Société Canadienne de pédiatrie (11), les facteurs accroissant le risque des DCP sont :

- le sexe masculin,
- la place d'aîné dans la famille,
- une grossesse multiple (déformation crânienne associée à une contrainte intra-utérine),
- une rotation passive du cou limitée à la naissance (torticolis congénital),
- hypotonie et/ou retard de développement,
- le décubitus dorsal pour dormir,
- l'alimentation exclusive au biberon et la position durant l'allaitement,
- un temps d'activité limité associé à l'atteinte plus lente des étapes du développement,
- des périodes d'éveil sur le ventre moins de trois fois par jour et
- une préférence positionnelle de l'orientation de la tête pendant le sommeil.

Parmi ces facteurs de risque, les quatre derniers sont modifiables par l'intervention des adultes.

4.2 Lien entre plagiocéphalie et décubitus dorsal

Selon une étude rétrospective clinico-radiologique française (12), la déformation crânienne par traction et/ou par compression s'installe très tôt, in utero ou chez le nouveau-né. Le décubitus dorsal ne serait qu'un facteur aggravant des DCP.

Une étude de cohorte (13) a mis en évidence l'absence d'association significative entre le couchage sur le dos et la plagiocéphalie. Le décubitus dorsal n'est donc pas la cause principale des DCP mais serait un facteur de risque parmi tant d'autres.

4.3 Lien entre plagiocéphalie et restriction de mobilité

Le Dr Emmi PIKLER (14) a développé le concept de motricité libre qui se définit par une relation satisfaisante entre l'enfant et l'adulte dans un environnement respectant la liberté de mouvement à l'initiative propre de l'enfant, c'est-à-dire sans intervention directe de l'adulte à visée rectificative. Selon lui, la motricité libre a une importance fondamentale dans le développement moteur de l'enfant le préparant à d'autres formes de mouvements. Ce développement, appelé "Loczy", est considéré comme physiologique et favorise la relation enfant-adulte grâce à une autonomie plus grande des enfants (Figure 5).

Position de départ

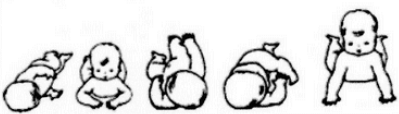
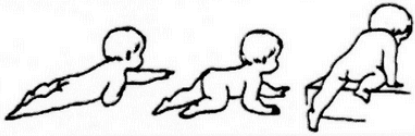
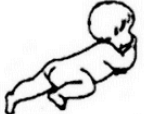
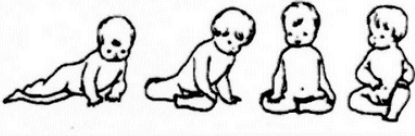
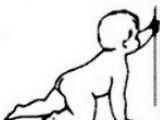
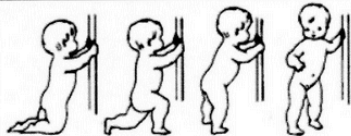
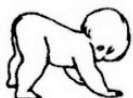
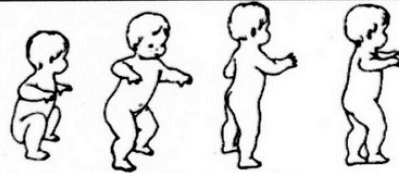
En partant du dos, jusqu'à la rotation sur le ventre, l'enfant se retourne et roule		
Déroulement de la reptation sur le ventre jusqu'au 4 pattes sur les genoux et les mains		
Comment se déroule le processus menant à la position assise		
L'enfant apprend à se mettre debout		
Il se met debout librement et apprend à marcher sans se cramponner		

Figure 5. Déroulement du développement moteur autonome type Loczy selon Dr Emmi Pikler (14)

L'apprentissage de ces mouvements peuvent être inhibés par l'intervention de l'adulte, les rendant temporairement impossibles pour l'enfant. Par exemple, un enfant maintenu dans une position ou engagé dans un mouvement forcé alors qu'il ne peut pas encore l'exercer de lui-même sans aide extérieure, entraverait son apprentissage autonome.

Dans l'article de Patural et al. (15), les chercheurs affirment que le primum movens des DCP ne doit pas être incriminé au seul couchage dorsal mais à la restriction de la motricité libre. En effet, ils dénoncent l'utilisation abusive, inadaptée et non recommandée d'un matériel destiné à éviter les accidents de la route ainsi que de la médiatisation d'équipement "spécial bébé", contraignant malheureusement le nourrisson à adopter une certaine position, comme par exemple les

Cocoonababy. Le vrai problème ne serait donc pas celui du couchage dorsal mais bien celui d'une véritable immobilisation du nourrisson, nommé "container baby syndrome".

5. Diagnostic

5.1 L'examen clinique

Selon la HAS, le diagnostic d'une DCP du nourrisson est clinique (16). L'examen clinique doit être pratiqué dès la naissance et répété à chaque visite de contrôle jusqu'aux 12 mois.

Il repose sur un interrogatoire recherchant des anomalies survenues au cours de la grossesse, des événements traumatiques de l'accouchement et, bien entendu, des facteurs de risque pouvant restreindre la motricité libre de l'enfant après sa naissance.

La plagiocéphalie s'observe par le sommet de la tête de l'enfant en position assise ou en décubitus dorsal. De là, l'examineur recherchera un aplatissement occipital plus ou moins associé à une déformation frontale.

5.2 Les diagnostics associés ou différentiels

Le praticien doit porter une attention particulière à la recherche de deux éléments :

- Le torticollis congénital qui se caractérise par une limitation de la rotation active de la tête vers le côté opposé à l'hémi-occiput aplati. Il se dépiste par l'observation d'une différence d'amplitude des mouvements de la tête du nourrisson et par le test de la chaise où l'enfant, placé sur les genoux du médecin qui est assis sur une chaise rotative, ne tourne pas suffisamment la tête pour maintenir un contact visuel avec ses parents. Le torticollis du nourrisson est également un facteur aggravant les DCP car il entretient la position de la tête sur le côté aplati, générant une déformation asymétrique plus importante.
- La craniosténose se définit par un aplatissement occipital dès la naissance, s'inscrivant ou non dans un tableau syndromique par une déformation faciale, une hypotonie ou des troubles neuromoteurs et par une possible augmentation anormale du périmètre crânien dans le cadre d'une encéphalopathie secondaire à la synostose.

5.3 Le rôle de l'imagerie

Une imagerie est rarement utile sauf en cas de déformation modérée à sévère. Une radiographie ou une échographie permettrait de rechercher une soudure prématurée des sutures. En cas de doute, un scanner confirmerait la suspicion.

5.4 La gradation de la gravité

Plusieurs études ont proposé des classifications. Cependant, les rapports de mesures varient grandement en fonction des mesures standards qui restent à établir.

L'article de Looman (17) propose d'estimer la gravité par des mesures anthropométriques, à l'aide de compas spécifiques, évaluant : la mesure du périmètre crânien, des mesures de la largeur et de la longueur crânienne, des diamètres transcrâniens, l'indice d'asymétrie de la voûte crânienne (CVAI), l'index céphalique (IC) et l'index de différence des diamètres obliques (ODDI) (Figure 6).

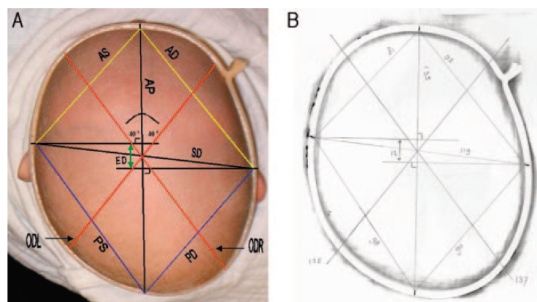


Figure 6. Mesures anthropométriques d'une plagiocéphalie positionnelle (13)

Argenta et al. (18) proposent une classification clinique en cinq stades de la plagiocéphalie latérale basée sur la présence ou l'absence de cinq signes cliniques (Figure 7):

- Type 1 : présence d'une asymétrie postérieure avec méplat occipital unilatéral
- Type 2 : critères du type 1 + anomalie de positionnement des oreilles
- Type 3 : critères du type 2 + asymétrie frontale
- Type 4 : critères du type 3 + asymétrie de la face
- Type 5 : critères du type 4 + proéminence temporale et/ou croissance verticale du crâne

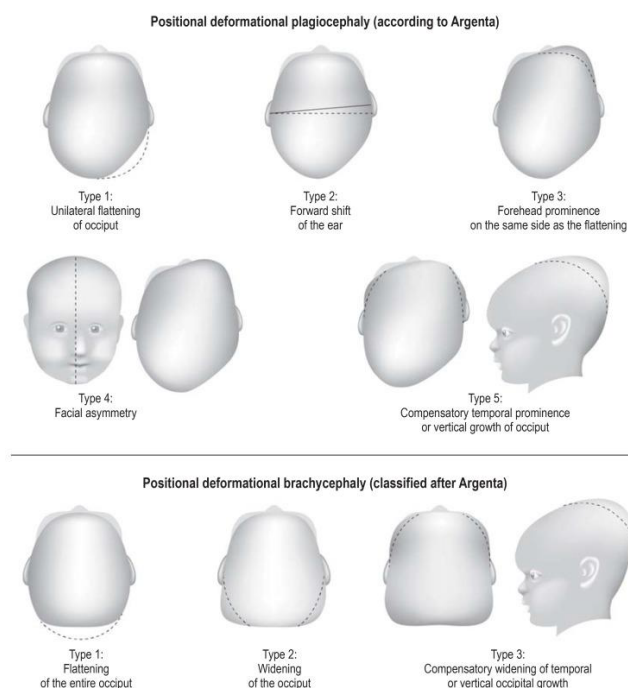


Figure 7. Classification de la plagiocéphalie et de la brachycéphalie positionnelles selon Argenta

Les études les plus rigoureuses sont celles conduites par Hutchinson et al. (19) qui utilisaient des techniques photographiques digitales permettant d'établir un algorithme déterminant la sévérité des plagiocéphalies latérales et postérieures.

Cependant, il n'existe pas de consensus ferme sur la classification de la sévérité des DCP.

6. Conséquences

Le tableau 1 est une liste non exhaustive des études citées dans la fiche mémo de la HAS au sujet des conséquences des DCP. Il permet seulement au lecteur d'apprécier le niveau de preuve des études que nous allons mentionner ci-après. Le tableau 2 rappelle les grades des recommandations selon la HAS (20), en fonction du niveau de preuve.

Conséquences présumées Niveau de preuve	Développement psychomoteur	Asymétrie mandibulaire	Complications ophtalmologiques	Scolioses	Otites
1	Aucune étude de niveau de preuve 1				
2	- Hutchinson, Nouvelle Zélande, 2011 - Collett, USA, 2011				
3	- Collett, USA, 2013 - Fabre-Grenet, France, 2017	- Kluba, Allemagne, 2016		- McMacter, Ecosse, 1983	
4		- St John, USA, 2002	- Siatkowski, USA, 2005 - Gupta, USA, 2013		- Purzycki, USA, 2009

Tableau 1. Tableau des études sur les potentielles conséquences des DCP classées selon leur niveau de preuve

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins. Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Tableau 2. Grade des recommandations en fonction du niveau de preuve selon la HAS (20)

6.1 Développement psychomoteur

La majorité des études tendent à retrouver des retards du développement du nourrisson :

- *Etude de Hutchinson et al. (21), 2011* : un retard des acquisitions psychomotrices remarquables jusqu'à 3-4 ans puis retour à un développement normal.
- *Etude de Collett et al. (22), 2011* : un retard du développement entre 7 et 18 mois comparativement aux nourrissons sans plagiocéphalie.
- *Etude de Collett et al. (23), 2013* : les enfants de 3 ans continuaient de présenter des scores de développement plus faibles.
- *Etude de Fabre-Grenet et al. (24), 2017* : les enfants nés prématurément (hospitalisation prolongée, hypotonie et faible capacité motrice) ont un plus grand risque de développer une plagiocéphalie. Elle ne serait pas un marqueur de retard de développement moteur prédictif de futurs troubles du développement psychomoteur.

Ces études n'impliquent pas un lien de causalité directe des DCP à un retard psychomoteur. En revanche, les enfants présentant des retards peuvent être plus à risque de développer une plagiocéphalie du fait de leur immobilité. Les DCP constitueraient ainsi des marqueurs de risque concernant le développement.

D'autres études de niveau de preuve 4 retrouvaient des retards concernant la résolution de problèmes, un risque plus élevé de troubles de traitement de l'information auditive et un risque de mauvais développement langagier en cas de DCP à l'âge 3 ans.

6.2 Asymétrie mandibulaire

Kluba et al. (25), 2016, constate que la plagiocéphalie positionnelle peut être associée à une prévalence plus élevée de troubles de l'occlusion dans la dentition primaire.

Dans l'étude de *St John et al. (26), 2002*, les chercheurs suggèrent que l'asymétrie mandibulaire chez un enfant atteint d'une plagiocéphalie postérieure déformative serait secondaire à une rotation de la base du crâne et au déplacement de l'articulation temporo-mandibulaire et non à une déformation initiale de la mandibule. Toutefois, son étude présentait une faible population.

6.3 Complications ophtalmologiques

De niveau de preuve 4, l'étude de *Siatkowski et al. (27), 2005*, montre que la plagiocéphalie postérieure peut impacter le développement du champ visuel mais que la sévérité de la déformation n'est pas prédictive de la sévérité de l'atteinte du champ visuel.

Cependant, *Gupta et al. (28), 2013*, ne retrouve pas une augmentation de la prévalence de l'astigmatisme et du strabisme horizontal chez les enfants atteints d'une DCP comparativement à la population générale.

6.4 Scolioses

L'étude de McMaster et al. (29), 1983, relate une étroite association entre la plagiocéphalie et une scoliose idiopathique infantile. En effet, une scoliose était rarement observée à la naissance mais était présente dans 70% des enfants vus dans les 6 premiers mois de vie concordant à l'apparition d'une plagiocéphalie. Le côté convexe de la courbure correspondait au côté aplati de la tête lié à l'immobilité positionnelle sur le dos ou en position latérale. Les chercheurs suggèrent que l'éveil sur le ventre et une motricité libre peuvent décroître l'incidence de la scoliose.

Cependant, cette étude ne permet pas de conclure que la plagiocéphalie est un facteur causal de scoliose.

6.5 Otites

L'étude de Purzycki et al. (30), 2009, ne retrouve pas d'augmentation significative de l'incidence d'une otite moyenne chez les enfants atteints d'une plagiocéphalie postérieure néanmoins elle peut être plus élevée en cas de déformation sévère.

En somme :

A ce jour, aucune étude de niveau de preuve 1 n'a pu conclure à un lien de causalité entre DCP et retard neuromoteur, complications ophtalmologiques, ORL ou troubles de la statique. En l'absence d'une prise en charge adaptée et précoce, les retentissements morphologiques ou esthétiques peuvent persister.

7. Prise en charge

7.1 Conseils de prévention

Les recommandations de la HAS reposent sur les travaux de Cavalier (31), de l'Académie américaine de pédiatrie (32) et de la Société Canadienne de pédiatrie (11).

7.1.1 En prévention primaire : avant que les DCP n'apparaissent

Une prévention dès la maternité et un examen clinique annuel

- Demander aux parents s'ils observent une position préférentielle de la tête
- Évaluer sur le dos la rotation active de la tête sur 180°
- Observer le crâne de l'enfant par le dessus (rechercher un aplatissement occipital)
- Observer le nouveau-né de face (rechercher une inclinaison latéral, un torticolis)
- Réaliser un examen neurologique et organique complet (crâne, hanches, anomalie d'alignement tête-tronc-bassin, craniosténose, scoliose...)

Quand l'enfant est éveillé sur le dos

- Alternier les stimuli visuels d'un côté et de l'autre
- Alternier le côté lors des repas au biberon
- Sur plan dur ou ferme
- Sans cale-tête ni cale-bébé
- Interagir au sol avec lui
- Éviter l'immobilisation prolongée dans un siège type coque ou transat

Quand l'enfant est éveillé sur le ventre

- Mettre l'enfant sur le ventre 10-15min au moins 3 fois par jour
- Sous surveillance permanente
- Selon les conseils de BC Children's Hospital (33) :
 - Introduire la position ventrale progressivement, après chaque changement de couche, en augmentant la durée de maintien sur le ventre d'une minute supplémentaire par jour
 - Interagir près du sol lorsque l'enfant est sur le ventre avec des jouets colorés ou des miroirs
 - L'adulte peut placer son bras sous la poitrine ou le menton de l'enfant pour éviter l'étouffement

Quand l'enfant dort

- A plat sur le dos (sans cale-tête ni cale-bébé)
- Dans une gigoteuse ou turbulette (sans coussin ni couverture)
- Sur un matelas ferme
- Dans un espace propre, délimité et protégé
- Ouvrir son champs de vision (suppression des tours de lit)
- Alternier tous les jours la position de la tête vers la tête ou pied du lit car l'enfant a tendance à regarder dans une direction de la chambre (source lumineuse, sens d'accueil des parents)
- Placer un jouet coloré ou miroir au-dessus du lit
- Limiter le temps de sommeil dans des sièges auto, hamacs, transats et chaises à coque pour enfant

Il est souhaitable de prodiguer ces conseils, surtout pendant les premiers mois de vie, lorsque le crâne est le plus malléable et à chaque visite chez le médecin.

7.1.2 En prévention secondaire : lorsque les DCP sont déjà installées

Pendant l'éveil

- Attirer son attention au côté opposé à l'aplatissement de la tête
 - A chaque soin, chaque son, chaque regard
 - Orienter le lit ou le parc
 - Avec un jouet lumineux ou de couleur vive
- Favoriser le plus possible le portage en position verticale

Pendant le sommeil

- Favoriser l'endormissement en plaçant sa tête du côté controlatéral à l'aplatissement
- Repositionner sa tête pendant le sommeil
- Couchage sur le dos, sur un matelas ferme, sans oreiller

7.2 La place de la prévention des DCP du nourrisson

Les Hospices Civils de Lyon (34), site constitutif du centre de référence des craniosténoses et des malformations cranio-faciales, rappellent fermement dans un communiqué de presse que le consensus en faveur du couchage sur le dos n'est pas contradictoire avec la prévention des DCP. C'est l'absence de motricité libre et spontanée, à la fois pendant la veille et le sommeil, qui aggrave la plagiocéphalie initiale.

L'Association Nationale des Centres Référents sur la MIN (ANCRéMIN) (35) déplorait la désinformation induite par des réflexions d'un groupe de chiropracteurs et d'un pédiatre dans un livre polémique préconisant le couchage latéral comme solution radicale des DCP. L'ANCRéMIN souhaite une campagne nationale de prévention ayant pour objectif de rappeler les recommandations internationales de couchage dorsal strict dans un environnement sécurisé de literie pour tout nourrisson, tant qu'il n'arrive pas à se retourner sans aide. D'après les chercheurs, toute autre démarche visant à proposer une alternative au couchage dorsal, quel qu'en soit le motif, ne ferait qu'augmenter le risque de mort évitable par étouffement.

Il est donc essentiel d'informer et de former les parents et les professionnels sur la complémentarité de la prévention sur la MIN et celle des DCP.

Une étude multicentrique prospective (36), de niveau de preuve 2, montrait qu'une intervention précoce post-natale en maternité sur les mesures environnementales, qui favorisent les mouvements spontanés et sans entrave du nouveau-né, réduit la prévalence de la plagiocéphalie positionnelle à 4 mois, tout en respectant les recommandations de la MIN. Les auteurs concluent que l'augmentation récente de l'incidence des plagiocéphalies positionnelles pourrait être liée au manque de stimulations et d'encouragements aux mouvements, plutôt qu'au couchage dorsal proposé par la prévention de la MIN. Les explications données aux parents concernant les effets bénéfiques de la mise en place d'un environnement favorisant une activité motrice spontanée, avec les modalités d'intervention et l'adhésion parentale sont primordiaux pour un résultat optimal.

Une étude contrôlée et randomisée sur 96 enfants a démontré qu'une intervention éducative précoce des parents réduisait la prévalence et la gravité des DCP à 3 mois de façon significative (37). En outre, dans la thèse de Fanny ROSSELOT (38), les parents souhaitaient une meilleure information et formation aux maternités et services de néonatalogie.

7.3 Propositions de traitement pour les DCP acquises

7.3.1 La thérapie positionnelle et kinésithérapie

Selon le rapport d'élaboration des recommandations de la HAS (16), lorsque la mise en place des mesures de prévention ne suffisent pas pour intervenir sur les DCP, les données de la littérature proposent d'associer la thérapie par repositionnement et la kinésithérapie de façon complémentaire aux conseils simples pour les plagiocéphalies légères à modérées.

7.3.1.1 La thérapie par repositionnement

La thérapie par repositionnement ou thérapie positionnelle est une application renforcée des mesures de prévention en insistant sur le repositionnement de la partie arrondie de la tête de l'enfant de façon à ce qu'elle soit placée contre le matelas. L'intervention attentive de l'adulte permet également de changer la position du lit afin que l'enfant tourne la tête au côté opposé de la face aplatie. Pour la plupart des enfants, la symptomatologie régresse en 2-3 mois (32) plus particulièrement pour les nourrissons de 4 mois ou moins (39).

Cependant, plusieurs études de niveau de preuve 1 ont montré que la thérapie par repositionnement, seule, est inférieure à la thérapie physique (39).

7.3.1.2 La thérapie physique par kinésithérapie

La thérapie physique associée à la thérapie de repositionnement est l'intervention de choix pour réduire la prévalence des DCP chez les enfants de 7 semaines (39). Elle est indiquée en cas de défaut de mobilité cervicale persistante ou de torticolis du nourrisson. Les soins prescrits sont assurés par un kinésithérapeute.

Il est essentiel d'assurer une continuité des soins par une réévaluation clinique régulière de la déformation crânienne afin d'exclure une vraie craniosténose et mettre en place un programme de repositionnement et de thérapie physique et/ou d'exercices d'étirements.

En s'appuyant sur les revues de l'Académie américaine de pédiatrie (32), la HAS recommande de former les parents aux exercices de mouvements du cou à faire à chaque changement de couche. Cela ajouterait en moyenne un temps supplémentaire de deux minutes par jour. Ils consistent à répéter 3 fois les mouvements suivants :

- Rotation latérale gauche et droite en maintenant chaque position 10 secondes pour l'étirement des muscles sterno-cléido-mastoïdiens,
- Puis inclinaison latérale gauche et droite en maintenant chaque position 10 secondes pour l'étirement des muscles trapèzes.

Durant la formation des parents, il serait intéressant de les encourager à surveiller le temps de l'enfant passé sur le ventre et de leur apprendre la technique de la chaise qui serait un bon moyen pour les parents d'évaluer la mobilité du cou de leur enfant.

7.3.2 La place de l'ostéopathie

A ce jour, aucune étude scientifique de niveau de preuve 1 n'a démontré l'efficacité indéniable de l'ostéopathie sur les DCP du nourrisson.

L'INSERM a publié en 2012 un rapport sur l'évaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie (40). En effet, l'ostéopathie propose des solutions non chirurgicales et non médicamenteuses à des troubles fonctionnels fréquents et peut se montrer utile dans les douleurs d'origine vertébrale, sans supériorité prouvée par rapport aux alternatives plus classiques. Le rapport mentionnait l'étude de Chastenot qui proposait d'associer un traitement ostéopathique à la thérapie positionnelle dès l'apparition d'une asymétrie crânienne avant 6 mois, en vérifiant les sutures crâniennes et en testant la base du crâne, afin de corriger les dysfonctions du rachis cervical supérieur et récupérer une rotation symétrique de la tête.

Bien que l'étude pilote de Lessard (41) rapportait une diminution moyenne de 50% de l'asymétrie crânienne chez des enfants ayant bénéficié d'une série de quatre traitements ostéopathiques tous les 15 jours, la HAS ne recommande pas formellement le traitement ostéopathique en raison d'un manque de puissance des études menées. La HAS rappelle également que la pratique de manipulation crânienne de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de 6 mois sont réservées aux titulaires d'un diplôme médical ou paramédical suite à un diagnostic établi par un médecin attestant l'absence de contre-indication à l'ostéopathie.

L'ostéopathie peut donc être proposée uniquement en deuxième intention, en complément d'une thérapie positionnelle et après avis médical.

7.3.3 L'orthèse crânienne

7.3.3.1 Orientation vers un référent spécialiste

En cas d'insuffisance d'amélioration à 4 mois (34) et de l'échec d'une kinésithérapie bien conduite, il est nécessaire d'orienter l'enfant vers une équipe spécialisée des anomalies cranio-faciales (neurochirurgie pédiatrique et chirurgie maxillo-faciale) pour obtenir un diagnostic exact et décider d'une prise en charge adaptée par une orthèse crânienne ou par un traitement chirurgical.

7.3.3.2 Thérapie par casque

Pour un enfant d'âge avancé (au-delà de 8 mois) qui présente une déformation modérée ou sévère et n'ayant pas répondu à la thérapie de repositionnement associée à une thérapie physique, une orthèse crânienne est recommandée. En effet, selon l'Académie américaine de pédiatrie (32), une thérapie par casque serait plus efficace comparativement à la thérapie de repositionnement seule.

Il s'agit soit de casques de contrainte conçus par un orthésiste certifié soit d'appareillage sur mesure empêchant l'appui sur une zone aplatie. La confection d'un moulage est à renouveler 1 à 3 fois sur la durée du traitement afin d'ajuster le casque en fonction de l'évolution et de la croissance du crâne de l'enfant. La durée du traitement est de 3 à 6 mois pour un portage de 23 sur 24 heures.

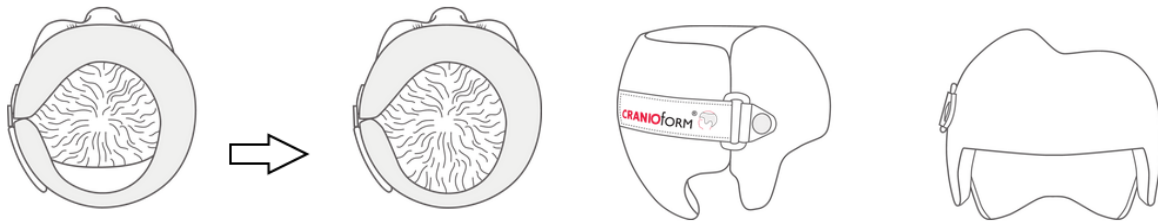


Figure 8. Orthèse crânienne (6)

Les meilleurs résultats de la thérapie par casque surviennent durant la tranche d'âge de 4 à 12 mois à cause de la plus grande malléabilité des os du crâne et de la modification de la forme du crâne. Le traitement est d'autant plus efficace si la déformation est sévère et si l'orthèse est débutée avant les 6 mois (37).

Cependant, selon la Société canadienne de pédiatrie (11), le casque comporte des inconvénients. L'orthèse crânienne est coûteuse, peu pratique malgré une bonne tolérance de l'enfant et peut provoquer des complications cutanées à type de dermatite de contact, de plaies de pression et d'irritations cutanées. Par ailleurs, les chercheurs rappellent qu'aucun essai contrôlé randomisé n'a prouvé sa supériorité aux thérapies de repositionnement et physique, et qu'aucune donnée probante n'indique qu'elle améliore le résultat final chez les DCP modérées à sévères.

Ainsi la prescription reste exceptionnelle et la décision finale est prise en accord avec les parents en fonction de la balance bénéfice-risque pour l'enfant.

7.3.4 Le traitement chirurgical

Le traitement chirurgical n'est indiqué qu'en cas de craniosténose confirmée (11) et dans de rares cas de plagiocéphalies positionnelles lorsqu'elles sont sévères et réfractaires à des mesures non chirurgicales (32).

8. Problématique et objectifs de l'étude

Jusqu'en février 2020, il n'existait pas de recommandations officielles de prévention et de prise en charge des DCP en France, hormis sur les sites internet de l'association Naître et Vivre et de la Société française de pédiatrie. La HAS a publié à cette date une fiche Mémo sur les mesures de prévention des DCP et de la MIN, dont les objectifs sont d'apporter une prévention primaire dès la maternité, de réduire la survenue des DCP et d'harmoniser les pratiques des professionnels de santé.

Selon Camille CASTELLO (42), bien que les mesures de prévention soient connues, le médecin généraliste serait moins informé sur les risques à long terme et la prise en charge de la DCP par rapport à d'autres professionnels de santé, notamment les maïeuticien·ne·s et ostéopathes.

Mey BALZAN (43), dans sa thèse, explique que le médecin généraliste est très peu formé sur la DCP. Son attitude n'est donc pas suffisamment préventive car le sujet n'est abordé que lorsque la déformation est déjà présente. Simon DUCROCQ (44) affirme le manque de prévention primaire et secondaire de la part des médecins généralistes et alerte sur la mésinformation et l'inquiétude des parents susceptibles de remettre en question le couchage dorsal.

L'enquête de Fanny ROSSELOT (38) auprès des parents, relate qu'un retard de prise en charge médicale crée une anxiété et une culpabilité chez les parents. Certains expriment un manque d'intérêt et d'empathie de la part du médecin généraliste.

Suite à ces études, nous voulions nous intéresser au point de vue des médecins généralistes sur les DCP. Une étude qualitative nous permettrait de comprendre leurs représentations et sensibilisation au sujet de ces déformations crâniennes, en analysant leurs vécus et leurs expériences.

L'objectif de notre étude est donc d'explorer le ressenti du médecin généraliste dans la prévention et la prise en charge de la DCP afin d'identifier les éventuels freins à la délivrance d'informations et au traitement des DCP.

L'objectif secondaire est de trouver des pistes d'optimisation des pratiques des médecins généralistes.

II. MATERIELS ET METHODES

1. Type d'étude

Afin d'explorer le vécu des médecins, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative car elle permet d'explorer les émotions, les sentiments, les représentations et mécanismes de pensées. Pour cela, des entretiens individuels semi-dirigés ont été menés auprès de médecins généralistes.

2. Recherche bibliographique

Avant de réaliser cette étude, des recherches bibliographiques ont été réalisées à partir du catalogue SUDOC (Système Universitaire de Documentation), NCBI PubMed, des sites de références dont celui de la HAS et de l'Assurance Maladie (Ameli.fr), et du moteur de recherche Google Scholar en utilisant plusieurs termes désignant les DCP : « plagiocéphalie », « plagiocéphalie postérieure », « déformation crânienne », « prévention », « prise en charge et traitement », « médecine générale ».

3. Population étudiée

3.1 Population cible

La médecine générale est un des lieux majeurs de consultation du suivi du nourrisson. Nous avons interviewé des médecins généralistes, quel que soit le mode d'exercice antérieur et actuel puisque notre étude s'intéresse à son vécu et à l'ensemble de ses expériences passées.

3.2 Les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants : des médecins généralistes libéraux ayant terminé leur formation initiale en France, installés ou remplaçants, exerçant une activité exclusivement ambulatoire, en Seine-et-Marne (77).

3.3 Recrutement

Les médecins généralistes ont été recrutés via le réseau informel de l'investigatrice (connaissances, confrères remplacés, réseau de formation continue) puis par "effet boule de neige" où les premiers participants aiguillaient le chercheur vers les futurs participants dans l'objectif d'une variation maximale des caractéristiques suivants : sexe, parentalité, nombre d'années d'exercice en médecine générale, milieu et mode d'exercice et pourcentage de suivi pédiatrique. Ils ont été contactés par téléphone, par mails et par courriels.

Le nombre de sujets se définissait en cours d'étude, jusqu'à l'obtention d'une redondance des opinions.

4. Recueil des données

4.1 Mode de recueil des données

Après avoir succinctement informé les médecins recrutés de l'objet de recherche de l'étude, un rendez-vous était fixé en dehors des heures de consultation pour une meilleure disponibilité et temps d'expression du médecin interrogé soit au cabinet du praticien, soit à son domicile ou soit par visioconférence (Zoom, Skype) selon la préférence du médecin participant.

Le recueil des données était obtenu suite à un engagement de conformité de "Déclaration de traitement générique de composante à des fins pédagogiques" auprès du guichet d'orientation de la Protection des Données de l'UFR Santé de Caen. L'autorisation d'enregistrement audio et l'anonymisation de l'entretien étaient formellement demandées en même temps que la prise de rendez-vous.

L'enregistrement audio a été réalisé à l'aide d'un dictaphone. Le verbal mais aussi le non verbal ont été recueillis (les rires, les silences, la gestuelle).

4.2 Le guide d'entretien

Suite à la recherche bibliographique, le guide d'entretien était constitué de différents thèmes à explorer (Annexe 1). Son élaboration tentait de suivre un processus de pensée logique amenant le médecin participant à exposer en premier lieu sa représentation d'une DCP puis le déroulement de sa pratique au cabinet incluant la participation des parents, son recours ou non à une équipe pluridisciplinaire, son ressenti suite à l'examen du nourrisson, le rôle qu'il se donnait, ses potentiels questionnements qui l'a amené à ses connaissances ou des recherches, et enfin aux possibles propositions d'optimisation de la prise en charge auprès des parents, de leurs nourrissons et également auprès des médecins généralistes s'il en voyait la nécessité.

Cette trame a été testée au cours de son élaboration sur trois médecins parmi les proches de l'enquêtrice, pratiquant la médecine libérale en dehors du département étudié. Des questions de relance de la part de l'enquêtrice étaient nécessaires pour pouvoir anticiper sur des profils d'intervenants moins loquaces, leur permettant de développer plus amplement leurs points de vue.

L'ordre des questions n'était pas obligatoirement respecté afin de permettre au médecin interviewé de poursuivre le cours de sa pensée. Des questions ont été volontairement omises lorsque l'interrogé avait spontanément traité la problématique. Le guide a été adapté au fur et à mesure de la progression de l'étude.

4.3 L'entretien

L'entretien débutait par une présentation succincte du sujet qui concerne les DCP du nourrisson, sans détailler l'objectif de notre étude afin de ne pas inciter le médecin interrogé à enclencher une recherche de connaissance. Je les informais de la nature qualitative de mon étude

qui avait pour but de recueillir le ressenti du médecin. Cette information se poursuivait d'une demande d'autorisation orale du médecin participant au recueil et à l'enregistrement de l'entretien en expliquant que la retranscription des données serait anonymisée et en libre accès pour le participant.

Après avoir enregistré son consentement, les caractéristiques suivants du participant ont été recueillis :

- Sexe
- Nombre d'enfants
- Nombre d'année d'expérience en médecine générale
- Milieu d'exercice
- Mode d'exercice
- Estimation approximative du pourcentage de suivi pédiatrique au cabinet

Ensuite, différents thèmes étaient discutés autour des DCP du nourrisson suivant notre trame prédéfinie :

1. Représentations et expériences
2. En pratique au cabinet
3. Recours à une équipe pluridisciplinaire
4. Mise en valeur des difficultés par rapport au vécu et aux connaissances
5. Solutions d'optimisation

Une question ouverte achevait l'entretien pour permettre une libre expression sur ce que le médecin participant souhaitait ajouter suite à l'expression des sentiments.

Enfin, l'entretien se clôturait par des remerciements et la proposition de faire parvenir au participant les résultats de notre étude.

A la sortie de cet entretien, un carnet de bord était complété par l'investigatrice afin de relever l'impression générale de cet interview, l'attitude gestuelle du médecin et ce qui pouvait être amélioré dans le guide d'entretien.

5. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot par l'enquêtrice, dès les premiers entretiens, à l'aide d'un logiciel de traitement de texte en y intégrant les réactions verbales et non verbales entre parenthèses le plus fidèlement possible afin de compléter le verbatim. Les données ont été entièrement anonymisées en supprimant les prénoms évoqués. Les médecins participants ont été caractérisés par la lettre M suivi d'un numéro correspondant à leur ordre d'apparition dans l'étude.

Une analyse thématique a été utilisée dans le but d'identifier les différents points de vue sur une même problématique. Puis un codage axial des verbatims permettait de classer chaque partie du verbatim dans une catégorie représentant l'idée qu'elle véhiculait puis en sous-catégorie selon la particularité de l'idée émise.

Une analyse descriptive quantifiait très grossièrement, sans aucune validité statistique, sa fréquence dans la population étudiée.

Pour finir, une analyse plus interprétative des données était discutée en dernière partie en comparaison avec des études existantes dans la littérature pouvant ainsi déboucher à la formulation d'hypothèses et de suggestions.

Afin d'assurer la reproductivité de l'analyse et la concordance du codage, un second analyste n'ayant pas réalisé les entretiens a permis une triangulation des données.

III. RÉSULTATS

1. Les entretiens et la population d'étude

1.1 Les entretiens

Au total, nous avons mené treize entretiens. Les entretiens se sont déroulés de fin février à fin mai 2021. La durée moyenne de l'interview était de 20 minutes et 30 secondes, allant de 9 minutes à 29 minutes.

1.2 Caractéristiques de la population d'étude

Médecin	Sexe	Nombre d'enfants	Nombre d'années en MG	Milieu d'exercice	Mode d'exercice	Part de pédiatrie
M1	F	2	6 ans	Urbain	Cabinet seul	20%
M2	H	2	6 ans	Urbain	MSP	20-25%
M3	F	2	4 ans	Urbain	PMI puis cabinet de groupe	100%
M4	F	1	10 ans	Urbain	Cabinet de groupe	15%
M5	F	2	11 ans	Urbain	MSP	20%
M6	H	0	5 ans	Semi-rural	MSP	10%
M7	H	3	37 ans	Urbain	Cabinet seul puis MSP	10%
M8	F	2	11 ans	Urbain	Cabinet de groupe	30%
M9	H	2	13 ans	Semi-rural	SOS médecin puis MSP	25%
M10	H	2	14 ans	Urbain	Cabinet groupe puis seul	15-20%
M11	H	4	>30 ans	Urbain	Cabinet seul	20%
M12	H	2	5 ans	Semi-rural	Cabinet de groupe et EHPAD	20%
M13	F	2	6 ans	Semi-rural/ Urbain	MSP	10-15%

Tableau 3. Tableau récapitulatif des caractéristiques de l'échantillon ; MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle, PMI : Centre de santé de la Protection Materno-Infantile ; EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

1.2.1 Caractéristiques personnelles

L'échantillon était composé de six femmes et sept hommes.

La moyenne du nombre d'enfants était de deux enfants par praticien. Un médecin n'avait pas encore d'enfant au moment de l'entretien. Deux médecins participants étaient également grands-parents.

1.2.2 Caractéristiques professionnelles

1.2.2.1 Nombre d'année d'exercice en médecine générale et compétences complémentaires

Concernant le nombre d'années d'exercice en médecine générale, nous obtenions par tranches d'années :

- De 0 à 5 ans : 3 médecins
- De 5 à 10 ans : 4 médecins
- De 10 à 20 ans : 4 médecins
- Plus de 20 ans : 2 médecins

Parmi eux, trois étaient maîtres de stage dont un médecin avait réalisé un DU d'ostéopathie, un autre s'était formé en DU gynécologie et DU pédiatrie et un médecin était Maître de Conférence associée au Département Universitaire de Médecine Générale.

1.2.2.2 Milieu d'exercice

Dix médecins participants considéraient travailler en zone urbaine tandis que trois se caractérisaient en zone semi-rurale. Un des médecins avait d'abord travaillé en zone semi-rurale avant de s'installer en milieu urbain.

1.2.2.3 Mode d'exercice

Les médecins participants étaient tous titulaires et exerçaient la majeure partie du temps une activité libérale. Un des participants partageait une activité salariale en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes). Un autre médecin avait travaillé 4 ans en PMI avant de s'installer en cabinet libéral au moment de notre entretien et envisageait de garder une activité essentiellement pédiatrique.

1.2.2.4 Part de pédiatrie

La part de pédiatrie estimée représentait en moyenne 20% des consultations selon les médecins participants, allant de 10% à 100% pour le médecin ayant travaillé précédemment en PMI.

2. Analyse des entretiens

2.1 Représentations des DCP du nourrisson et expériences

2.1.1 Une problématique déjà rencontrée au cabinet

Tous les médecins participants avaient déjà observé une DCP chez les nourrissons. Régulièrement pour les uns ; « **M1,2,3,5,7** : *Oui / régulièrement* », et moins fréquemment pour les autres ; « **M6,8** : *oui une ou deux fois mais pas beaucoup* ».

2.1.2 Premières représentations des DCP

2.1.2.1 La définition

Des médecins participants décrivaient les DCP comme une pathologie “**M9** : *Je me représente surtout ça comme une pathologie principalement bénigne au préjudice esthétique*” et d’autres au contraire ne les considéraient pas comme tel. “**M8** : *Je pense que la plupart du temps ce n’est pas une pathologie*”.

Un médecin participant l’avait interprété au départ comme une manifestation intra-utérine durant le développement du fœtus pouvant conduire à d’autres déformations et donc à un syndrome ou maladie.

“**M10** : *C’est une sorte de plagiocéphalie intra-utérine alors ? Si tu me dis que c’est synonyme d’une plagiocéphalie, il faut voir aussi comment ça s’est passé en intra-utérin. Je ne connais pas tellement cette pathologie mais j’ai presque envie de dire que s’il y a une déformation crânienne positionnelle, il y a sûrement d’autres malformations. Quand j’ai vu le titre de ta thèse, c’est vrai que j’ai pris ça comme une pathologie particulière.*”

Plusieurs termes ont été employés : “**M1,2,3,4,5,9,10** : *plagiocéphalie*”, “**M13** : *cranioplasie*”, “**M11** : *craniocéphalie*”.

2.1.2.2 Un caractère bénin

L’unanimité des médecins participants interprétaient instinctivement une DCP comme une caractéristique bénigne voire banale, réversible, le plus fréquemment sans risque de gravité dans le développement de l’enfant “**M11** : *Ben rien du tout*”, “**M1** : *elles se résorbent d’elles-mêmes avec la croissance de l’enfant*” et à observer sans inquiétude particulière “**M12** : *Dans la tranquillité... pas dans l’urgence et l’inquiétude quoi*”

2.1.2.3 Une problématique anxieuse

Un médecin participant confiait spontanément que les DCP du nourrisson lui faisaient penser en premier lieu à une source d'anxiété chez les parents :

“M9 : je vois ça comme une source d'angoisse pour les parents et l'enjeu d'une pathologie pour laquelle on n'a pas de traitement bien validé et efficace”

2.1.2.4 Des causes évoquées sur les DCP

Les médecins participants avaient la notion que les DCP arrivaient progressivement après la naissance à cause d'une position allongée prolongée sur le dos, plus ou moins associée à un torticolis.

“M2 : C'est les enfants qui restent souvent, trop souvent allongé sur le dos et qui ont plus ou moins un torticolis associé du coup c'est plus ou moins latéralisé.”

Quelques participants parlaient de plagiocéphalie acquise dès la naissance suite à un accouchement par voie basse sans complication, à cause des compressions du passage pelvien de la mère.

“M1 : Disons qu'à la naissance tous les enfants ont un crâne qui n'est pas parfaitement rond puisque le crâne a pris la forme du passage dans la filière utérine lors de l'accouchement et généralement ça s'arrondit tranquillement dans les premières semaines de vie.”

“M13 : Je trouve que c'est quand même fréquent qu'il y ait une plagiocéphalie même transitoire chez les bébés. Il y a rarement un bébé qui a une tête parfaite”

Pour un autre participant, la déformation crânienne apparaissait suite à accouchement traumatique qui aurait nécessité des manipulations d'extraction mécaniques (ventouse, forceps...) et qui, dans ces conditions, aurait engendré une déformation crânienne :

“M11 : Je ferais la différence quand même avec les gamins qui sortent de la maternité avec une déformation crânienne souvent s'il y a eu un accouchement un peu traumatique avec les forceps...donc là on a des enfants dès la naissance, souvent on a une asymétrie, clairement.”

Les médecins participants décrivaient deux types de DCP : les bénignes réversibles très fréquentes et les DCP graves irréversibles synostotiques liées à une maladie congénitale sous jacente :

“M3 : 2 types : les bénignes qui sont réversibles et il y a les plus graves sur les enfants qui ont des malformations congénitales qui elles par contre, ne sont pas réversibles.”

Un médecin participant pensait à une origine probablement ethnique :

“M4 : je pense qu'il y a aussi une question ethnique sous jacente.”

2.1.2.5 La représentation de la thérapie

La réassurance au premier plan

Dans l'ensemble, les DCP évoquaient aux médecins interrogés une caractéristique bénigne dont la conduite thérapeutique était principalement une réassurance donnant suite ou non à des conseils simples :

“M1 : La conduite à tenir médicale, c'est simplement de la réassurance et suivre l'évolution.”

“M5 : un signe d'appel de leur dire aussi de le faire un petit peu bouger, de le mettre en mouvement et pour qu'il développe son tonus, sa proprioception, un peu tout ça.”

L'ostéopathie au premier plan

Un médecin participant plaçait l'ostéopathe comme premier intervenant dans le traitement :

“M13 : de façon quasi systématique j'envoie tous les enfants dans le premier mois faire une consultation d'ostéo.”

Le degré de déformation

L'attitude thérapeutique semblait dépendre d'un degré de déformation. La description de l'intensité de la déformation crânienne restait vague et relative.

“M9 : quelques enfants qui ont ça à des degrés plus ou moins importants”

Sans détailler précisément le niveau de déformation, les médecins participants discutaient sur la nécessité d'une vigilance sur de potentiels retentissements sur le développement psychomoteur du nourrisson si une DCP leur semblait importante :

“M4 : c'est vraiment quand il y a des grosses grosses déformations et voir, potentiellement une perturbation”

“M12 : c'est quelque chose qu'il faut accompagner et essayer de corriger si on arrive à temps pour que ça ne donne pas de retentissement que ce soit esthétique ou fonctionnel en fonction de la déformation”

L'absence d'un traitement efficace

Certains médecins participants parlaient d'absence de traitement efficient :

“M9 : l'enjeu d'une pathologie pour laquelle on n'a pas de traitement bien validé et efficace.”

“M4 : pas grand-chose à faire si ce n'est de faire un peu d'ostéo”

Pas d'intérêt à un traitement spécifique

Pour les médecins participants dont la représentation d'une DCP ne pouvait être considérée comme une « pathologie », l'attitude thérapeutique évoquait :

- soit une porte d'entrée à la prévention générale et de la guidance parentale,

“M8 : Je pense que la plupart du temps ce n'est pas une pathologie. [...] ça peut être un prétexte en tout cas pour avoir plus accès à la relation parent-enfant sur les activités, le développement de l'enfant et sur la guidance parentale. Je peux m'en servir pour en faire une porte d'entrée pour discuter de ça. Mais en tant qu'entité en elle-même... je n'en ferai pas une montagne quoi.”

- soit une caractéristique qui ne nécessitait aucun intérêt thérapeutique.

“M11 : Pour moi c'est pas une maladie donc... j'en tiens pas compte. Le crâne reste modelable assez tard donc il va se remodeler. Donc j'ai pas de raison particulière d'intervenir.”

2.1.3 Les expériences des médecins participants

Les médecins participants ont vécu diverses expériences concernant les DCP du nourrisson.

2.1.3.1 La demande des parents

La perception des médecins participants était ambivalente concernant la demande des parents. Plusieurs médecins relevaient une réelle inquiétude de la part des parents *“M9 : c'est une plainte des parents qui peut être importante”* tandis que d'autres ne semblaient pas être très sollicités sur ce sujet *“M11 : ça n'a pas l'air de générer une inquiétude particulière non plus, il n'y a pas beaucoup de questions”*.

2.1.3.2 La fréquence

Les DCP pouvaient être rencontrées régulièrement au cabinet des praticiens à une fréquence variable en fonction de l'attention portée au dépistage ou à la demande des parents. Deux médecins participants confiaient prêter attention systématiquement aux DCP du nourrisson *“M13 : C'est quelque chose qu'il faut à mon sens prêter attention lors des premières consultations, parce que c'est quand même très fréquent”*, contrairement à d'autres médecins *“M8 : Je ne pense pas que ce soit souvent. Je pense que je n'y prête pas toujours attention.”*

2.1.3.3 Une inquiétude résignée

Bien que les DCP soient interprétées comme une caractéristique bénigne, certains enfants atteints avaient particulièrement interpellés deux médecins suscitant des doutes et un avis auprès d'autres professionnels de santé. Pour l'un, il n'avait pas été nécessaire de demander un avis spécialisé :

“M12 : des plagiocéphalies assez importantes qui entraînaient effectivement un retentissement un peu esthétique et [...] éventuellement fonctionnel qui faisaient une asymétrie au niveau du visage et des globes oculaires [...] j'étais peut-être un peu moins armé, où je ne savais pas prendre en charge, j'étais peut-être un peu plus inquiets pour ceux-là. C'était des enfants qui étaient déjà un peu grands donc je savais que ça n'évoluerait pas beaucoup, [...] j'ai pas pu faire grand-chose dans cette situation là. J'ai simplement suivi et surveillé que ça ne s'aggrave pas, qu'il n'y avait pas d'autres retentissements.”

Pour l'autre, l'inquiétude avait débouché sur un avis spécialisé. Le chirurgien pédiatrique avait conclu à une simple surveillance.

“M13 : Il y en a juste un où on s'est posé la question avec l'ostéo [...] même si visuellement c'était quand même très important, pour lui c'était pas suffisamment important pour traiter”

Dans les deux cas, les suites n'étaient pas préoccupantes malgré leur inquiétude initiale.

2.1.3.4 L'expérience parentale

Dans l'échantillon, des médecins ont également été confrontés à une DCP de leurs enfants qui les ont menés à des connaissances grâce à leur propre expérience parentale.

“M4 : sur le plan personnel, oui, avec ma petite ”

“M9: J' ai une expérience personnelle avec mes enfants mais à des niveaux peu importants.”

2.1.3.5 Un avis médical à l'étranger

Un médecin participant se souvenait d'un enfant dont la découverte fortuite d'une DCP avait eu lieu à l'étranger et pour laquelle un avis médical préconisait des explorations complémentaires. Son examen clinique ne retrouvait pas d'anomalie et concluait à une réassurance avec une surveillance, sans générer d'inquiétude.

“M8 : Là bas par contre les parents ont eu super peur parce qu'on leur a dit « Il faut explorer, etc... ». Après quand ils sont revenus ici, je leur ai dis « bon ben on va voir » mais c'est un enfant qui avait un développement psychomoteur tout à fait standard. [...]à partir du moment où de l'autre côté, ils se développent correctement, ils se tournent eux-mêmes, ils n'ont pas de difficulté dans leur posture, je ne vais pas forcément m'inquiéter de ça.”

2.1.3.6 Souvenir d'une craniosténose

Un médecin participant racontait avoir vu une fois dans sa vie le cas d'une craniosténose au sein de sa famille et l'avait redirigé en structure spécialisée.

“M7 : J'ai un de mes neveux qui a ça, qui a été envoyé à Necker pour se faire opérer. C'était une craniosténose, c'était plus grave. Ils venaient -d'Europe-, ils sont venus pour ça et là je les ai dirigés sur Necker.”

2.1.3.7 Absence de cas remarquable et de complication

Plusieurs médecins disaient ne pas se souvenir d'une expérience marquante ni de conséquence notable :

“M7 : des enfants que j'ai suivi longtemps sûrement, il n'y a pas eu de suite [...] ça a toujours évolué spontanément bien.[...] L'expérience que j'ai personnellement c'est que des fois c'est vrai que c'est assez impressionnant la déformation et c'est aussi impressionnant la façon dont ça se corrige. J'ai peut-être eu les bons cas. Je n'ai pas eu de mauvais cas.”

“M2 : moi je n'ai jamais eu un cas vraiment sévère où j'ai jugé nécessaire d'aller voir un spécialiste.”

“M11 : pas forcément de conséquence à long terme”

2.1.4 Les éventuelles conséquences

2.1.4.1 Des conséquences esthétiques

Pour l'ensemble des participants, la principale conséquence d'une DCP était un préjudice esthétique dans les cas bénins. Pour quelques-uns même, aucun autre enjeu n'était connu en dehors de cette conséquence esthétique.

“M1,3,8,9,10,12,13 : principalement esthétiques”

“M13 : surtout chez les garçons qui ont les cheveux courts”

2.1.4.2 Des conséquences fonctionnelles

Cette question a toutefois fait émerger chez les uns des interrogations tantôt hésitantes concernant un possible retentissement fonctionnel :

“M5 : je ne sais pas s'il y a des conséquences un peu mécaniques”

“M4 : il me semble, d'otopathie, de problème d'articulé dentaire”

Et tantôt sûres concernant des conséquences posturales :

“M13 : à mon sens, c’est plus des conséquences posturales.[...] C’est quand ils arrivent vers 20-25 ans et qu’il y a des troubles de postures qui deviennent figées avec le manque de sport et puis la position au travail...tout ce qui est musculo-squelettique”

2.1.4.3 Des conséquences en fonction du degré de déformation

Pour d’autres médecins, nous retrouvions de nouveau la notion de relativité ; *“M6 : ça dépend du degré”*, sans description précise du seuil pouvant faire basculer l’avis du praticien de sa certitude, *“M11 : strictement aucune conséquence”*, vers des doutes, *“M5 : je ne sais pas si dans les cas majeurs il y en a”*.

Le seuil était défini pour certains praticien par la présence de troubles dans le développement psychomoteur du nourrisson. Un médecin s’exprimait sur un ton plus inquiétant, *“M3 : certaines plagiocéphalies quand elles sont très graves, ça peut orienter sur des hypotonies”*, là où d’autres se montraient plus rassurants, *“M8 : à partir du moment où ils se développent correctement, [...] je ne vais pas forcément m’inquiéter de ça”*

2.1.4.4 Une détresse réciproque

Un médecin participant exprimait une détresse en raison de l’absence de traitement à proposer aux parents. Par conséquent, il ressentait une difficulté de prise en charge de l’anxiété des parents face au préjudice esthétique d’une DCP :

“M9 : Principalement une impuissance à arriver à proposer une solution efficace alors la nécessité de rassurer beaucoup.[...] principalement un sentiment de difficulté de gérer une anxiété parentale légitime avec une présentation esthétique en premier lieu.”

2.1.4.5 Absence de conséquence

Selon quelques médecins, aucune complication n’était connue :

“M5 : on n’est pas vraiment sensibilisé aux conséquences potentielles. A part connaître le nom, je n’ai pas souvenir des enjeux ni d’être alertée sur quoi que ce soit.”

“M11 : Strictement aucune conséquence”

2.1.4.6 Aucun avis sur les conséquences

Un médecin participant n’avait pas d’opinion sur les conséquences possibles : *“M2 : j’ai lu à peu près tout et son contraire dans la littérature. Je n’ai pas d’avis très précis sur la question”*

2.2 La consultation en pratique

2.2.1 L'examen clinique

Dans l'ensemble, en pratique, les médecins participants décrivaient une consultation du nourrisson tout à fait ordinaire avec un examen exhaustif.

2.2.1.1 L'interrogatoire

L'examen clinique commençait par un interrogatoire auprès des parents plus ou moins détaillé en fonction de l'âge du nourrisson :

“M10 : Déjà, je m'entretiens avec la maman, comment s'est passé l'accouchement, s'il est né à terme, s'il a un labia dystrophique et autres, s'il y a eu des complications durant la grossesse, si tous les tests ont été faits normalement, je me renseigne sur le type d'alimentation, sur son environnement socio-économique aussi, voir l'environnement global, de vaccination des parents. »

2.2.1.2 L'examen physique

Il se poursuivait d'un examen physique complet :

“M2 : je regarde de la tête aux pieds”

“M10 : je regarde s'il n'a pas eu de malformations en particulier, c'est garçon ou une fille, je regarde le cordon s'il est tombé, propre, je regarde s'il est bien stimulé, s'il a une bonne motricité, son tonus, les OGE pour les garçons également, puis ORL la langue et autres en général, son rythme respiratoire, sa coloration puis la taille, la pesée, le périmètre crânien”

“M1, M2 : la mobilité des cervicales à plat ventre”

“M12 : on regarde la fontanelle, on regarde plagio ou pas plagio, le positionnement de tête, les acquisitions éventuelles”

2.2.2 Le dépistage

2.2.2.1 La mesure du périmètre crânien

Pour la plupart des participants, l'examen de la tête et la mesure du périmètre crânien pouvaient les amener à retrouver une déformation crânienne visible :

“M4 : Le truc tout simple aussi à chaque que je les vois, je prends le périmètre crânien et donc forcément quand tu poses ton ruban, tu vois si c'est déformé ou si c'est pas déformé.”

“M7 : Tu surveilles toujours bien sûr. De toute façon, quand tu mesures le périmètre crânien, tu vois bien s’il y a quelque chose qui ne va pas.”

2.2.2.2 Un dépistage spécifique

Pour quelques médecins participants, une attention particulière était portée sur le dépistage de la DCP avec un examen clinique systématique en ce sens :

“M3 : je me mets à hauteur de la tête de l’enfant et je regarde la forme de son crâne. Si jamais j’ai une tête à l’arrière qui est un petit peu plate, j’observe les mouvements spontanés de l’enfant et après je provoque les mouvements. Donc en général, je tourne la tête de chaque côté pour voir s’il y a un côté qui a une grande résistance ou pas”

“M13 : lors des premières consultations, tous les mois”

Cela permettait aux praticiens de rechercher spécifiquement d’autres causes notamment un torticolis :

“M13 : si c’est vraiment associé à une position préférentielle, avec un torticolis du nourrisson”

2.2.2.3 Une prévention primaire

Quelques praticiens délivraient des conseils avant même l’apparition d’une DCP durant le suivi du nourrisson :

“M10 : J’ai tendance à donner des conseils spontanés aux parents là-dessus, même avant qu’apparaisse la plagiocéphalie [...] Même en prévention justement pour éviter la plagiocéphalie. Ça fait partie de mes conseils.”

“M13 : c’est plus de la prévention au début [...] c’est quelque chose que j’aborde quasi systématiquement”

2.2.3 La délivrance de l’information

2.2.3.1 Sujet abordé par le médecin

Pour la moitié des médecins participants, la DCP était signalée soit directement aux parents soit indirectement en interrogeant les parents sur les possibles causes.

“M2 : je le fais remarquer aux parents s’ils l’ont remarqué ”

“M12 : Quand je le remarque, j’essaye de voir ce qui a pu le favoriser, j’essaye d’amener la question du positionnement de la tête sans insister sur le terme plagiocéphalie ni déformation de la tête.”

2.2.3.2 Sujet abordé par les parents

Pour l'autre moitié de l'échantillon, la DCP du nourrisson était abordée par les parents en premier.

“M12 : la plupart du temps par les parents, il m'arrive plus rarement d'être le premier à aborder le sujet”

Le sujet était parfois introduit par les parents à la suite d'une consultation chez un ostéopathe.

“M5 : ils ont déjà vu un ostéo, ils me le disent”.

2.2.3.3 Sujet non abordé

Deux médecins participants pouvaient avoir remarqué une DCP sans aborder le sujet aux parents.

“M11 : si j'en ai, j'évite de le signaler et puis si les gens le signalent, on en parle”

2.2.4 La prise en charge

2.2.4.1 L'approfondissement de l'examen clinique

La recherche de facteurs de risque

Interpellés ou non par les parents, la première stratégie mise en place par la plupart des médecins participants étaient d'approfondir l'enquête par un interrogatoire plus détaillé sur ce qui pouvait être la cause de la DCP, *“M6 : reprendre les antécédents, en fait, savoir s'il y a des déformations connues, s'il y a des antécédents obstétricaux, des antécédents particuliers”*, et sur les possibles facteurs de risque d'aggravation de la déformation notamment sur les interactions et l'environnement de l'enfant.

“M4 : je demande aux parents s'ils le mettent un peu sur le ventre leur bébé ou pas, s'il y a du portage”

“M6 : je cherche à savoir comment ça se passe à la maison, est-ce que c'est un enfant qui reste toujours allongé, stimulé, comment il est gardé, comment se passe sa vie finalement pour avoir les leviers que je pourrais réactiver pour améliorer les choses directement auprès des parents”

“M10 : je les interroge sur la manière dont le lit est positionné.”

“M13 : je vois un peu avec les parents si le biberon est toujours donné du même côté, comment il dort, le co-dodo par rapport au lit.”

La recherche de potentiels signes alarmants

Dans la poursuite de l'examen clinique du nourrisson, si la déformation crânienne leur semblait importante, certains médecins recherchaient attentivement des complications esthétiques ou fonctionnelles.

“M11 : on regarde s'il y a un strabisme”

“M7 : Regarder les fontanelles”

Concernant les médecins pour qui les probables conséquences inquiétantes étaient un trouble psychomoteur, une évaluation neurologique complétait leur examen clinique :

“M9 : sur une déformation importante, même si j'ai très peu de connaissance là-dessus, je vais avoir tendance naturellement à faire un examen neurologique complet et faire une surveillance du développement psychomoteur.”

2.2.4.2 La délivrance de conseils

Une prévention secondaire

Une fois la DCP découverte, la bonne majorité des médecins participants donnait des conseils sur le changement de position du nourrisson.

“M1: Quand ça dure, ben, je donne surtout des conseils positionnels. Donc au contraire, il faut les mettre sur des surfaces planes, un peu moins confortables parce que quand c'est pas très confortable, ils ont plus envie de bouger et ils ont plus de facilité à bouger parce qu'ils se sentent pas limités. Et aussi favoriser le tapis d'éveil même très très tôt. Éviter au maximum tout ce qui peut immobiliser l'enfant, donc les Cocoonababy, un peu moins de protectionnisme, privilégier des activités d'éveil du côté opposé à la plagiocéphalie.”

Le portage était également mentionné.

“M10 : le portage bras droit bras gauche en alternance et faire changer de position l'enfant, faire le peau-à-peau”

Les conseils comprenaient aussi une stimulation alternée de chaque côté et d'insister sur le côté controlatéral de la DCP.

“M3 : il faut stimuler l'enfant donc du côté opposé à la déformation. Je demande de sur-stimuler l'enfant du côté où ils n'ont pas tendance à tourner la tête, pour rectifier le tir.”

Le changement de position dans le lit faisait partie des moyens de stimulation.

“M3 : je leur explique également les différents positionnements qu'il faut prendre notamment dans la chambre. [...] par exemple s'il y a un mur d'un côté et que c'est le côté opposé qui s'aplatit, je demande aux parents de tourner l'enfant dans le lit, mettre les pieds à la place de la tête pour qu'il ait tendance à tourner la tête de l'autre côté.”

Une question de bon sens

Face à une DCP, selon deux médecins participants, les conseils de changement de position du nourrisson étaient de l'ordre de l'intuition plutôt que d'une démarche scientifique.

“M11 : Alors on pourrait imaginer de changer la position de l'enfant, de mettre quelque chose de plus souple derrière, on pourrait donner des petits conseils comme ça mais je n'ai aucun support pour valider ce genre de réflexion. C'est juste une question de bon sens pour moi.”

“M12 : Les conseils que je leur donne sont peut-être des conseils de bon sens mais c'est de modifier le positionnement de la tête”

2.2.4.3 La prescription de soins paramédicaux

Deux médecins participants adressaient rapidement vers des soins paramédicaux, considérant que leurs conseils seraient d'emblée insuffisants ou infructueux :

“M9 : Je leur propose éventuellement des séances d'ostéopathie s'ils ne se sont pas dirigés vers ça eux-mêmes. Moi en prise en charge active, c'est la seule chose que je connais pour les déformations crâniennes. C'est le seul traitement que je sache proposer en dehors de changer la position du bébé.”

“M6 : Il était mieux de prescrire même d'emblée finalement la kinésithérapie par exemple pour avoir un regard régulier, un suivi, parce que la simple prescription auprès des parents de dire « il faut l'entraîner à tourner la tête et le stimuler pour bouger un peu plus » ne suffisait pas et donc avoir un regard professionnel plus régulier, un accompagnement permettait d'améliorer un peu plus les choses.”

2.2.5 Le vécu des médecins avec les parents

En consultation, les nourrissons étaient obligatoirement accompagnés de leurs parents. Ces derniers pouvaient plus ou moins solliciter le médecin en fonction de leurs inquiétudes ou de leurs questions.

2.2.5.1 Le ressenti global des médecins concernant les parents

Une inquiétude parentale fréquente et variable

La majorité des médecins participants relevait fréquemment un sentiment d'inquiétude provenant des parents face aux DCP de leur nourrisson.

“M10 : En général c'est une plainte des parents qui peut être importante. Ça arrive qu'ils ne viennent que pour ça d'ailleurs et voir si c'est grave.”

“M12 : Il y a toujours la question : est-ce que son cerveau ne va pas être malformé ?”

“M6 : est-ce que mon enfant va avoir une tête déformée toute sa vie ? C’est la question principale.”

Quelques médecins participants ressentait une anxiété parentale variable en fonction de la personnalité des parents et de leurs expériences.

“M2 : Il y a des parents qui sont de nature très anxieuse où l’entourage est très anxieux et on les alerte très vite sur cette tête plate. Et puis d’autres qui ont des connaissances, qui ont eu des enfants qui ont un peu la tête plate et sont moins inquiets. Ça dépend du parcours des parents.”

“M9 : C’est très variable. Il y a des parents pour qui c’est une vraie préoccupation à chaque consultation qui revient, d’autres qui n’ont pas.”

Le ressenti d’une angoisse démesurée

Certains médecins interrogés décrivaient une anxiété de la part des parents, parfois excessive, concernant la déformation crânienne du nourrisson. Ils l’attribuaient aux informations trouvées sur internet ou à la représentation dramatique que les parents se construisent de cette déformation.

“M9 : les gens s’étaient accrochés à des solutions un peu farfelues qu’ils avaient trouvée sur internet je me souviens d’avoir m’être fait la réflexion que les gens avaient besoin qu’on leur donne une solution présentée comme fiable, sûre, efficace pour se rassurer”,

“par rapport à la réalité du problème, j’ai l’impression quand même qu’il y a assez souvent un surinvestissement et une anxiété des parents par rapport à ça. [...] J’ai plutôt le sentiment qu’il y a une représentation chez les parents d’une réelle pathologie à prendre en charge et une surévaluation de la gravité du problème.”

“M10 : De toute façon en pédiatrie tu le sais, tout ce qui est visuel est toujours angoissant. Et je pense que le parent a tendance à assimiler la déformation de la voûte crânienne avec une malformation cérébrale, avec un handicap potentiel.”

L’angoisse de ces parents pouvait sembler disproportionnée face à une attitude calme et rassurante des médecins participants :

“M12 : C’est la question qu’ils posent le plus souvent et qui pour nous, nous paraît complètement... assez facile à répondre mais pour les parents, mine de rien, pour nous, ça nous paraît quelque chose de plutôt bénin et pas grave alors que pour les parents, c’est quelque chose de quand même important”

Un médecin participant constatait une possible augmentation de l’anxiété en raison de la pandémie de la COVID-19 :

“M5 : encore plus cette année particulière, où on constate quand même au niveau des parents de nourrissons avec encore plus une attention centrée, comme ils sont moins sortis avec, ils sont plus anxieux ou moins habitués à s’adapter à l’enfant”

Une inquiétude parentale modérée

A contrario, quelques médecins ne ressentaient pas d'inquiétude spécifique ni de questions insistantes de la part des parents. Le sujet pouvait être déjà abordé en amont par des ostéopathes dès la sortie de la maternité. L'aplatissement de la tête n'était pas plus inquiétant que d'autres symptômes :

“M2 : j'ai déjà eu des parents où ça ne les inquiétait pas plus que ça ”

“M11 : ça n'a pas l'air de générer une inquiétude particulière non plus, il n'y a pas beaucoup de questions. C'est vrai qu'à la sortie de la maternité maintenant, il y a beaucoup de familles qui ont recours à l'ostéopathie parce qu'en maternité on leur conseille l'ostéopathie.”

“M8 : les parents ne sont pas forcément très très inquiets non plus. J'ai quand même l'impression que la principale crainte elle est esthétique donc du coup en grandissant, soit ils s'y font, soit la crainte s'en va et donc...du coup il n'y a pas forcément besoin qu'on se fâche...je pense qu'ils sont plus inquiets pour une toux que pour une plagiocéphalie”

2.2.5.2 L'attitude des médecins face à l'inquiétude parentale

Une réponse claire et rassurante

L'attitude des médecins participant était instinctivement de la réassurance en apportant des réponses claires et des conseils.

“M9 : J'essaye d'être à l'écoute et rassurant et de leur donner des axes d'action”

“M3 : je leur explique qu'en fonction du degré d'aplatissement, ils peuvent ne pas avoir une tête parfaitement ronde à l'âge adulte mais que dans la majorité des cas, à 2 ans, c'est parti. Je leur explique que c'est pas grave, le cerveau ne va pas s'écraser aussi”

Le médecin participant pouvait aussi rassurer sans donner de directives spécifiques.

“M11 : j'essaye de les rassurer, je n'ai pas de solution thérapeutique.”

Une réponse indirecte

Parmi les participants, des praticiens choisissaient volontairement de ne pas employer le terme de « déformation » ni de « plagiocéphalie » face aux parents et profitaient de l'occasion pour questionner sur la relation parent-enfant :

“M12 : Quand je le remarque, j'essaye de voir ce qui a pu le favoriser, j'essaye d'amener la question du positionnement de la tête sans insister sur le terme plagiocéphalie ni déformation de la tête.”

“M8 : je ne vais pas forcément leur dire que « voilà il faut jouer avec votre bébé pour éviter qu’il y ait une déformation » et je vais l’intégrer dans les conseils qu’on peut donner pour un bon développement psychomoteur d’une manière générale. Et dans ces cas-là, je vais plus les interroger, quelles sont les interactions avec leurs enfants. Je trouve que ça rentre dans le cadre des activités de la guidance parentale.”

Approfondissement de l'origine de l'angoisse

Les questions des parents permettaient aux médecins répondants de rechercher plus profondément l'origine de leur angoisse :

“M13 : j’essaye de répondre du mieux que je peux et d’orienter ma réponse en fonction aussi de la question et de l’angoisse que peut cacher cette question-là, parce que parfois les parents posent une question comme ça mais c’est un petit peu plus profond les angoisses.[...] ça peut être la relation avec le papa, ça peut être le fait de ne pas se sentir aussi capable qu’une maman pensait l’être, plus la relation avec le bébé ou dans le couple ou avec la fratrie, l’impact que ça peut avoir [...] au final on se rend compte que c’est parce que ce sont des personnes qui sont naturellement un peu anxieuses [...] j’essaye de rassurer.”

“M5 : Je vais remarquer qu’il y a du psy là-dedans lié parfois à la pandémie ou à d’autres facteurs et il y a des excès d’attention.[...] orienter avec ma bienveillance mais aussi pour les accompagner, les rassurer parce que je vais plutôt penser au problème prévalent qui sera par exemple de prévention de l’anxiété et qu’il n’y ait pas de séquelles sur l’enfant”

Une écoute empathique et un discours indulgent

La plupart des médecins participants décrivaient une attitude empathique et bienveillante, insistant sur la réassurance.

“M13 : Je suis de nature assez empathique pour le coup donc je sais ce que c’est d’être maman et d’avoir plein de questions. Donc j’essaye de répondre du mieux que je peux et d’orienter ma réponse en fonction aussi de la question et de l’angoisse que peut cacher cette question-là”

“M5 : déjà je ne parle pas de conséquence néfaste ou autre. [...] toujours essayer de ne pas les faire culpabiliser, d’avoir une attitude bienveillante, pas trop donneuse de leçon et ça a toujours été bien perçu. J’écoute un petit peu, je fais mon point, il faut rester humble, je leur dis d’ailleurs quand je ne sais pas mais je vais me renseigner. Les parents sont attentifs. Quand je leur dis, ils écoutent.”

“M10 : Je pense avoir eu la patience de leur expliquer des choses simples.”

“M7 : Oui oui, il faut les rassurer. Il y a des parents qui sont inquiets pour tout, souvent.”

Un dialogue constructif

Les médecins participants avaient l'impression de réussir à établir une alliance thérapeutique et de percevoir une bonne réceptivité des parents suites à leurs directives.

“M4 : J’ai l’impression que ça se passe bien après c’est mon impression à moi. [...] Et puis quand je sais pas, je sais pas. Je leur dis « écoutez là je sais pas on va se donner un mois, on va voir le mois prochain comment ça se passe, si ça évolue ou pas » et puis moi entre temps je leur dis carrément que je vais me renseigner. Ça arrive et ça ne leur pose pas de problème.”

“M2 : Je suis toujours dans le dialogue, j’essaye de voir ce qui ne va pas, s’ils ont fait des efforts, est ce qu’ils l’ont stimulé...”

“M3 : Je leur explique vraiment que s’ils font leur job, en un mois, déjà les résultats se font voir et effectivement le mois d’après, il a quand même une tête moins plate, les choses s’améliorent donc en général, ça se passe plutôt bien. ”

2.2.5.3 La place de la DCP durant la consultation

Les médecins participants consacraient une place plus ou moins importante à la discussion au sujet des DCP du nourrisson. Une fois le sujet abordé lors d’une première consultation, le suivi des DCP prenait ensuite moins de temps.

“M10 : Ça prend toujours une place. Chez les tout-petits, je fais beaucoup de prévention là-dessus.”

“M5 : Ça ne prend pas beaucoup de temps dans mes consultations mais il y a ce biais, on dit aussi que plus on est bon dans quelque chose, plus on sensibilise, plus les patients ont recours à ça. Donc si je leur donnais un autre type d’information, ils en parleraient plus. [...] c’est nous qui sensibilisons les patients. [...] si je connaissais mieux j’arrive mieux à les « vendre » ou à en expliquer les risques, à les alerter donc je pense que ça dépend vraiment de moi. ”

“M11 : Ça prend assez peu de place une fois qu’on leur a dit les choses, qu’on les a un peu rassuré, qu’on leur a donné 2-3 conseils, qu’on a pu les orienter un peu... non, ça ne revient pas si fréquemment, non.”

2.2.5.4 Des sujets satellites

Les médecins participants ont également été sollicités sur d’autres interrogations préoccupantes concernant le couchage de l’enfant lorsqu’ils recommandaient de stimuler l’enfant sur le ventre.

“M4 : je demande aux parents s’ils le mettent un peu sur le ventre leur bébé ou pas. Il y a pleins de parents qui n’osent pas, qui ont peur parce que bébé il râle donc ils le mettent surtout pas comme ça.”

“M5 : pour les parents c’est toujours un peu confusionnant le message de le mettre sur le ventre.”

La question d’une consultation chez l’ostéopathe était un sujet redondant au cabinet.

“M8 : ils posent souvent des questions « Est-ce qu’il faut aller voir l’ostéo, besoin de corriger avec l’ostéo ou pas ? »”

“M10 : Il y a des parents qui font des remarques « est-ce que l’ostéopathie est utile ? » D’ailleurs les mamans me demandent des séances d’ostéopathie, il y a ce type de situation.”

2.3 Les soins pluridisciplinaires

2.3.1 Le recours à d’autres professionnels

2.3.1.1 A quel moment ?

Un recours en seconde intention

Le recours à d’autres professionnels de santé dans la prise en charge des DCP du nourrisson n’était pas systématique pour la majeure partie des médecins interrogés. En effet, les conseils primaient et les praticiens n’adressaient les enfants concernés qu’en seconde intention :

“M1 : Toujours commencer par les conseils et puis éventuellement j’adresse vers une ostéopathe.”

“M10 : Pour les enfants, je ne suis pas très interventionniste. Je dirais que pour les parents, pour l’instant, juste porter l’enfant à droite et à gauche, ça renforce déjà le contact parental. [...] Ça dépend de l’intensité de la plagiocéphalie. Si la plagio est extrêmement sévère et qu’on sait que ça se corrige difficilement avec des conseils simples, on peut l’envoyer voir un kiné et autres.”

Un recours préventif

Un médecin parmi eux recommandait systématiquement aux parents de faire consulter leur nouveau-né chez un ostéopathe en prévention primaire.

“M13 : de façon quasi systématique j’envoie tous les enfants dans le premier mois faire une consultation d’ostéo pour pouvoir remettre un peu en place, prévenir le type de problème.”

Aucun recours nécessaire

Des praticiens interrogés pensaient qu'il n'était pas nécessaire de faire intervenir d'autres professionnels pour un nourrisson ayant une DCP commune. Ils évitaient de sur-prescrire, tout en restant conciliant avec le choix des parents.

“M8 : Non, volontairement moi, non. Si on me le demande, je ne dis pas non. Je ne suis pas dans la situation où j'essaye de voir s'il y a, et puis il y a, et du coup derrière il y a une prescription pour aller voir l'ostéo ou pour aller voir quelqu'un d'autre. Ça je ne fais pas.”

“M1 : je n'en vois pas la nécessité puisque la prise en charge médicale pure c'est se limiter à ça. Dans les livres de médecine, sauf erreur de ma part, ça se corrige tout seul et s'il reste quelque chose, c'est une déformation esthétique donc ce n'est pas utile de faire quoi que ce soit de plus.”

2.3.1.2 Par qui ?

Le recours à l'ostéopathie

Un bon nombre des médecins participants déclarait diriger les parents principalement ou exclusivement vers un ostéopathe, connu du médecin de préférence, en seconde intention si la déformation observée leur semblait importante ou persistante, estimant que ce dernier pouvait apporter un bénéfice.

“M12 : Pas dans tous les cas, quand c'est très discret, j'adresse pas forcément à l'ostéo [...] j'ai déjà adressé exclusivement à l'ostéo [...] qu'il voit s'il n'y a pas un torticolis, voir s'il y a des positions à améliorer, des positions à faire ”

“M4 : quand je sais pas trop, c'est vrai que je demande à aller voir l'ostéo. Quand il y a eu des déformations [...], en tout cas qui étaient flagrantes et persistantes, j'ai demandé de faire de l'ostéo”

“M1 : éventuellement j'adresse vers une ostéopathe que je connais bien et en qui j'ai confiance.”

Le recours à la kinésithérapie

Quelques médecins participants adressaient les parents uniquement vers un kinésithérapeute pour le traitement d'un torticolis du nourrisson :

“M2 : Souvent, généralement, ils ont un torticolis associé. [...] j'oriente rapidement vers un kiné. Mais généralement, la plupart des parents ont tendance à voir l'ostéopathe rapidement d'eux-mêmes.”

“M13 : Le muscle est tellement contracté qu’il faut libérer avec la kiné.”

“M6 : je crois que j’ai rien prescrit d’autre que kiné”

Chez l’ostéopathe ou chez le kinésithérapeute ?

Pour certains d’entre eux, l’adressage pour un torticolis du nourrisson entre l’ostéopathe et le kinésithérapeute était un choix tout à fait arbitraire.

“M3 : Quand elle est associée à un torticolis, oui. Soit un kiné, soit un ostéopathe, ça dépend ce que les parents peuvent payer aussi.”

Un avis pédiatrique spécialisé en dernier recours

Qu’ils aient recours ou non à des soins complémentaires, les médecins participants réservaient un avis ultime auprès des pédiatres spécialisés dans des structures spécifiques pour les cas les plus extrêmes.

“ M6 : Je pense que si j’avais le cas d’une déformation qui me paraissait particulièrement importante, j’orienterais peut-être vers une prise en charge pédiatrique, plus spécialisée que mon simple avis.”

“M7 : Et puis s’il y a des déformations importantes du crâne qui persistent, là je l’envoie à Necker.”

“M2 : Je ne me retiens pas de demander un avis mais j’ai déjà mis 8 mois pour un cas où je me suis vraiment posé la question s’il ne fallait pas aller plus loin et adresser à un spécialiste. Je sais qu’il y a des casques qui existent, je ne sais plus trop ce que c’est. Mais je n’en suis jamais arrivé là.”

2.3.1.3 Comment ?

Un réseau de santé personnel

L’adressage dépendait du répertoire du médecin prescripteur :

- au sein du même pôle de santé : *“M2 : j’oriente surtout vers l’équipe (en MSP) [...] je sais qu’en bas, elle travaille beaucoup avec les enfants ”*

- par connaissance personnelle : *“M1 : Je l’ai vu personnellement en tant que maman donc c’est aussi comme ça que je l’ai découverte et que j’ai découvert sa façon de travailler.”*

- du bouche à oreille: *“M5 : j’ai tendance à leur dire oui (pour l’ostéopathie) en demandant s’ils en connaissent déjà un et éventuellement en donnant un nom d’une ou deux personnes dont j’ai quand même de bons retours”*

Absence d'un réseau de santé

Un des médecins précisait qu'il ne connaissait pas de professionnels particuliers pour pouvoir adresser une DCP.

“M5: je ne connais pas trop de kiné-ostéo dans mon réseau .»

2.3.2 La prise en charge par les professionnels de santé

Les médecins participants émettaient des avis différents concernant la prise en charge des DCP par les professionnels de santé.

2.3.2.1 Concernant l'ostéopathie

Des bénéfices perceptibles mais mitigés

L'imputabilité du temps : Des médecins participants avaient pu observer une amélioration après adressage vers l'ostéopathe sans certitude que ce soit leur intervention ou le temps qui ait réellement apporté une correction de la DCP :

“M13 : je ne sais pas si c'est lié à l'ostéo ou lié au fait que l'enfant grandisse. En tout cas, je trouve que souvent quand il y a une bonne prise en charge par un bon ostéo qui a l'habitude de ça, je trouve que les déformations redeviennent symétriques beaucoup plus rapidement et restent moins longtemps. Il y a 2 parents qui sont CMU qui n'ont pas voulu voir l'ostéo, donc on a juste fait des conseils et exercices et finalement la plagiocéphalie s'est fixée plus asymétrique que chez d'autres enfants.”

“M1 : La déformation s'améliorait avec le temps, maintenant, mon côté scientifique fait que je suis incapable de dire aujourd'hui, puisqu'il n'y a pas d'études, si c'est l'ostéopathie qui a été bénéfique ou est-ce que c'est l'évolution crânienne physiologique de la plagiocéphalie”

Rappel des conseils : Selon les médecins interrogés, l'ostéopathe délivrait ou rappelait les mêmes conseils donnés par le médecin pour une meilleure compréhension des recommandations.

“M1 : accompagner le patient dans un environnement bienveillant avec une pluie de conseils”

“M2 : c'est parce que les ostéopathes et kinés voient le patient beaucoup plus longtemps et donnent beaucoup plus de conseils...enfin ils rabâchent, ils répètent les mêmes conseils et à un moment, ça stimule un peu plus les parents, ils écoutent un peu plus.”

Réassurance des parents : Bien que les médecins participants déclaraient ne pas observer de progrès notoire des DCP suite à un traitement ostéopathique, ils constataient que la démarche de consulter l'ostéopathe restait bénéfique pour les parents car ils recevaient un accompagnement bienveillant et une écoute attentive.

“M11 : L'expérience ne montre pas que ce soit forcément une chose déterminante pour l'avenir du nourrisson mais beaucoup de parents sont rassurés par cette démarche”

“M9 : J'observe des parents qui sont apaisés par le fait qu'il y ait une prise en charge active même si je n'ai pas pu vraiment, par expérience et le peu de suivi que j'ai par rapport à cette pathologie, me rendre compte d'une efficacité réelle et concrète sur l'accélération de l'amélioration de la déformation”

“M10 : En général lorsqu'ils en reviennent, ils sont plutôt rassurés que ce soit par l'ostéopathe par telle ou telle intervention mais ils se rendent compte que finalement ça ne dépend que d'eux.”

Des avis septiques

Les manipulations crâniennes par les ostéopathes interrogeaient les médecins prescripteurs à cause de l'absence d'études scientifiques fiables d'efficacité du traitement manuel :

“M8 : je pense pas que ce soit miraculeux. En tout cas physiquement”

“M1 : Nous n'avons pas d'étude cas-témoin scientifique qui permet de vérifier l'efficacité de la technique”

“M13 : l'ostéo m'avait dit qu'il pouvait y avoir un impact sur le cervelet parce qu'il n'y a pas assez d'espace [...] je suis un peu septique.”

Un médecin s'opposait aux manipulations.

“M3 : Je pense que c'est pas la peine de mettre des mains sur des têtes et les manipuler ou faire des craquements, je sais pas trop quoi là... pour moi là clairement, ça sert à rien puisqu'une plagiocéphalie ça part tout seul.”

2.3.2.2 Concernant la kinésithérapie

Pas de bénéfice objectivé

Un médecin participant n'avait pas constaté d'amélioration suite à la prescription d'un traitement en kinésithérapie.

“M6 : j'ai pas de regard à moyen et long terme. [...] Je ne suis pas sûr qu'il y ait de technique particulière... je ne sais pas.”

Un bénéfice affirmé

Un seul parmi les participants avait observé une correction du torticolis du nourrisson après un traitement en kinésithérapie.

“M3 : Les torticolis, bien.”

2.3.2.3 Concernant le chirurgien orthopédique

Un médecin participant avait eu recours à l'avis spécialisé d'un orthopédiste pédiatrique face à une déformation cranio-faciale. Cette consultation avait abouti à une réassurance et surveillance simple :

“M13 : j’ai adressé une fois vers le chirurgien qui a dit grosso modo que c’est pas assez grave pour qu’on l’appareille. Le chirurgien va pousser vers la chirurgie ou l’orthèse seulement s’il y a un très très gros risque.”

2.3.3 La place donnée aux professionnels de santé

Selon les bénéfices apportés ou non, les médecins participants accordaient une place plus ou moins importante aux autres professionnels de santé pouvant être impliqués dans la prise en charge des DCP.

2.3.3.1 La place des paramédicaux

Une place bien définie

Des médecins participants considéraient que les professionnels de santé étaient indispensables dans le traitement des DCP tant par leur compétence que par le temps consacré au traitement.

“M9 : Pour être honnête, je suis bien content qu’ils existent pour avoir des réponses à donner aux parents qui attendent une prise en charge active”

“M13 : Je pense qu’elle (la place des paramédicaux) est essentielle. Malheureusement, aujourd’hui, aucun médecin, je pense, ne réussit à prendre le temps qu’il faudrait avec ces parents-là et je pense que c’est bien de multiplier un peu les intervenants”

Des rôles mal définis

Selon un praticien, la multiplication des intervenants risquait d’entraîner une incohérence dans la prise en charge par les professionnels de santé. En effet, selon lui, des informations discordantes pourraient engendrer une confusion et amplifier une inquiétude chez les parents.

“M10 : actuellement c’est difficile de savoir qui fait quoi actuellement depuis 1 ou 2 ans parce que tu as beaucoup de contradictions dans les conseils entre ce que dit un kiné, une sage-femme, et autres... je pense qu’il faut mettre un peu d’ordre [...] l’inquiétude des parents c’est d’avoir des discours contradictoires”

2.3.3.2 La place controversée de l'ostéopathie

Les avis divergeaient concernant la place de l'ostéopathie dans la prise en charge des DCP du nourrisson.

Une place prédominante par leurs bénéfices

Les médecins partisans de l'ostéopathie accordaient une place indispensable à l'ostéopathe, grâce à une écoute attentive, des conseils avisés et un traitement manuel, tant par la demande des parents que par la demande des médecins.

“M7 : Je pense qu'en général c'est de bonne nature, c'est bien. En général, c'est plutôt efficace. Et il faut que ce soit ponctuel.”

“M1 : l'ostéopathie va être fondamentale puisque effectivement on peut lever des restrictions de mobilité par des manœuvres douces, simples, qui permettent de défaire des contractions musculaires qu'il y a au niveau cervical donc ça, ça va être bénéfique.”

“M12 : je pense qu'ils ont une place effectivement prédominante par la demande des parents et notre demande à nous. Effectivement, on s'appuie sur eux pour que les parents soient un peu rassurés aussi et qu'ils aient l'impression qu'on les prenne en charge.[...] je ne sais pas si on s'appuie sur eux parce que nous on est un peu démunis ou on n'a pas les ressources, on n'a pas les connaissances ou insuffisamment... ça nous permet un peu de nous décharger aussi et de ne pas rester sur cette question-là qui, pour nous, n'est pas forcément hyper importante...”

Au-delà de la prise en charge des DCP, l'ostéopathe apporterait des bienfaits supplémentaires en procurant des soins dans la globalité du patient.

“M1 : le bénéfice n'est pas crânien mais postural... en tout cas le bénéfice est là pour le bien-être de l'enfant.”

“M8 : Et puis la plupart du temps, ils y vont pour ça (la plagiocéphalie) mais l'ostéo va aussi travailler sur le système digestif, il va aussi travailler sur autre chose. Donc au final, si ça continue en tout cas, c'est pas que pour ça.”

Une présence dès la maternité qui divise

Des points de vue s'opposaient concernant l'ostéopathie dès la naissance du nourrisson. Des médecins participants étaient interpellés du fait que les parents étaient dirigés directement vers l'ostéopathe dès la maternité tandis qu'un médecin recommandait systématiquement les parents d'emmener leur nourrisson chez l'ostéopathe en prévention.

“M7 : Maintenant, je ne sais pas t'as remarqué mais les parents emmènent souvent leur petit chez l'ostéopathe d'eux-mêmes. Ils y vont même s'ils n'ont rien. Et l'ostéopathe trouve toujours un truc à dire ou à faire. Avant que je fasse de la médecine de ville, j'ai même fait de la PMI. On n'envoyait jamais les nourrissons chez l'ostéopathe, jamais. Maintenant c'est

presque systématique. Les parents emmènent l'enfant chez l'ostéo. Je crois qu'à la maternité, on leur conseille de le faire d'ailleurs."

"M11 : C'est même affiché dans les chambres à la maternité. « Ne sortez pas sans avoir vu l'ostéopathe, elle est là, elle passe dans le service ». Il paraît que l'accouchement est très traumatisant, c'est quelque chose qui n'est pas tout à fait naturel et il y a tout un tas de choses sur le nourrisson qu'il faut remettre en place une fois qu'ils sont nés (sur un ton ironique). Pfff... ça me gêne un petit peu comme théorie. J'ai pas été formé dans cette optique"

"M13 : de façon quasi systématique j'envoie tous les enfants dans le premier mois faire une consultation d'ostéo pour pouvoir remettre un peu en place, prévenir le type de problème."

Une place discutée par leur hétérogénéité

Selon quelques médecins participants, la place de l'ostéopathie était discutée par l'hétérogénéité des pratiques proposées par les ostéopathes. Elle n'était ni réfutée grâce aux bénéfices rapportés par les parents ni totalement reconnue par absence d'arguments médico-scientifiques.

"M2 : il y a l'ostéopathe et l'ostéopathe. Je sais qu'il y en a qui vont plus être dans le dialogue, donner des conseils et étirer un petit peu... bah en fait ce que fait un peu un kiné pour les torticolis. Mais il y en a d'autres... je ne sais pas ce qu'ils font de mettre leur main sur la boîte crânienne des enfants et qui manipulent un peu tout ça."

"M1 : Mais c'est vrai qu'il y a plein d'écoles..."

"M5 : déjà c'est pas notre métier à la base, et il y a des mauvais partout mais là encore plus une hétérogénéité. C'est dur de savoir en tout cas [...]J'ai eu de bons retours des parents donc j'ai gardé cette pratique là sans forcément insister parce que j'avais lu qu'il n'y avait pas d'efficacité de l'ostéo, de mémoire, pour la plagiocéphalie. [...] Je pense qu'il y en a. Du fait d'être pris en charge, d'être touché, une part d'hypnose, tout un effet placebo mais pas que, le fait que quelqu'un pose les mains sur soi et s'occupe de ses patients et soit écouté, qui joue aussi. Ce qui compte après, c'est que ça aille mieux."

Une place non justifiée par absence de preuves scientifiques

L'absence de confirmations scientifiques était une cause irréfutable de l'illégitimité d'une prise en charge ostéopathique.

"M6 : pas de démonstration de bénéfice pour les patients et surtout dans le contexte périnatal ou néonatal des nourrissons, il y a déjà une sur-orientation des consultations d'ostéo [...] le risque c'est les manipulations du crâne avec le risque de traumatismes"

2.3.3.3 La place peu connue de la kinésithérapie

Bien que la prescription d'une kinésithérapie semblait être connue pour un torticolis du nourrisson, les prescripteurs ne semblaient pas être assez informés sur leur pratique ni d'en connaître suffisamment dans leur réseau professionnel.

“M2 : il y a pleins de kiné qui ne font pas trop ça et qui ne sont pas formés sur ça. [...] En fait, j'ai plus l'impression que les ostéopathes font leur promotion sur ça et on n'entend pas les kinés”

“M10 : J'aurais envie de demander au kiné quel est son approche et qu'est-ce qu'il souhaite faire exactement.”

“M5 : J'ai pas le réseau, il faudrait que je vois justement. [...] on n'est pas très formé dans les compétences du kiné, sur l'ordonnance, quels patients lui adresser. Pour les paramédicaux, on est très mal formés.”

2.3.3.4 La place ultime des spécialistes pédiatriques

Les médecins participants s'accordaient tous sur la place des pédiatres et spécialistes orthopédiques comme une instance de dernier recours en cas de doute sur une DCP importante dont le traitement serait l'orthèse ou la chirurgie.

“M4 : Par contre, le jour où je suis confrontée à un truc, à une plagiocéphalie qui me pose problème, j'hésiterais pas à regarder s'il y a des cours voire téléphoner à une pédiatre ou si j'ai un doute à un neuropédiatre.”

2.3.4 La collaboration avec les différents intervenants

Les médecins participants regrettaient l'absence de compte-rendu et le manque de communication de leurs confrères.

“M10 : Que ce soit le kiné, l'ostéo ou la sage-femme, j'aurais bien aimé un retour de ce qui est fait parce que sur les carnets de santé, on ne voit pas forcément de retour de ce qui est fait.”

“M5 : L'ostéo, comme tu sais, on n'a pas forcément de compte-rendu en tout cas c'est encore plus difficile qu'un cardiologue ou un autre spécialiste à juger pour nous”

“M13 : le peu de contact que j'ai eu avec le chirurgien orthopédiste pour les enfants, c'est grosso modo « c'est pas grave, on laisse voir ».”

2.4 Le ressenti des médecins sur les DCP

2.4.1 Le ressenti global

La moitié des médecins participants déclarait se sentir à l'aise sur le sujet en général.

“M8 : Je pense que dans la généralité, je vais être à l'aise.”

“M7 : Oui, plutôt vigilant on va dire.”

Cette quiétude dépendait de l'insistance des parents :

“M6 : je pense que la sensation d'être à l'aise dépendrait aussi de l'intensité d'inquiétude des parents. C'est ça qui jouerait. Mais non, je ne me sens pas super à l'aise. En tout cas, c'est sûr, je referais des recherches derrière pour pouvoir à la consultation suivante, mieux rassurer, mieux répondre aux questions.”

“M8 : Je pense que dans la généralité, je vais être à l'aise. Après peut-être s'ils me parlent de technique plus spécifique en ostéo ou autre, je pense que je le serai moins. Si on me questionne sur les conséquences, la gravité, comment on fait avec...je pense que j'irai chercher”

L'autre moitié se sentait en difficulté sur l'incertitude diagnostique des DCP :

“M4 : j'ai jamais été confrontée à une plagiocéphalie qui me semblait embêtante. Et si c'était le cas, ben je serai vraiment pas à l'aise et pour le coup là je ferai des recherches oui. Mais je sais pas par exemple quels signes de gravité rechercher.”

“M5 : J'ai l'impression de ne pas aller plus loin que cette base là.”

2.4.2 Le ressenti face à une DCP persistante

2.4.2.1 Un sentiment d'indifférence

Les médecins participants affirmaient leur indifférence face à une DCP persistante et face à l'inobservance des conseils donnés, par leur certitude de la bénignité :

“M3 : Ben, rien. C'est pas grave en fait donc du coup...c'est vraiment purement esthétique. Toutes les plagiocéphalies que j'ai vu, et j'en ai vu beaucoup des plagiocéphalies, surtout chez les jumeaux, en général euh... elles ne persistent pas, elles passent.”

“M5 : La plupart du temps, ça ne me fait ni chaud ni froid. Les gens sont aussi responsables de ce qu'ils font et je ne m'engage pas dans les sentiments en tout cas, dans la réussite ou non d'un traitement.”

“M13 : Je ne prends pas ça comme un échec [...] Parfois je me dis c'est un peu dommage [...] On les informe, on leur donne des conseils.[...] Après, s'ils ne les appliquent pas, on ne peut pas faire la police à la maison.”

2.4.2.2 Un sentiment d'hésitation

D'autres n'avaient jamais expérimenté cette situation mais en l'imaginant, ils pouvaient exprimer la survenue d'un doute diagnostique ou thérapeutique pouvant les amener à demander un avis spécialisé :

“M1 : je ne sais pas comment je réagirais si effectivement je me retrouvais... peut-être que là je demanderai un avis spécialisé d'orthopédie pédiatrique .”

“M9 : A la rigueur, je dirais même en diagnostic différentiel, j'irai plus loin [...] C'est là que je ferai plus appel à une équipe pluridisciplinaire voire hospitalière, si je recherche autre chose qu'une plagiocéphalie.”

2.4.2.3 Un sentiment d'échec relatif

Certains médecins interrogés pouvaient ressentir une déception vis-à-vis d'un problème qui n'est plus corrigeable au détriment l'enfant :

“M2 : Je me dis soit je suis un mauvais médecin soit les parents ne m'écoutent pas (rires). J'essaye de voir si les parents font un peu d'effort ou s'ils n'ont pas écouté. [...] ça ne les a pas plus inquiétés que ça.”

“M12 : c'est vrai qu'on le vit un peu comme un échec parce qu'on aurait peut-être pu corriger les choses mais en même temps, on n'est pas tout le temps chez eux à la maison et il y a un profil de parents qui ne font pas tout ce qu'on leur dit, qui n'ont pas intégré toutes les informations qu'on leur a données [...] mais en même temps c'est quelque chose qui n'est pas forcément très grave donc on a tendance à rassurer les parents et pas forcément beaucoup insister là-dessus une fois qu'on sait que ça ne va pas évoluer.”

2.4.2.4 Une persévérance bienveillante

Que leur ressenti fut indifférent, hésitant ou insatisfait, plusieurs médecins participants veillaient à vérifier la compréhension des consignes données et les obstacles sous-jacents des parents à les réaliser :

“M5 : je pense que je chercherai, comme dans les prescriptions de traitement, rechercher l'observance, si les conseils ont eu leur portée, si ça a été écouté, s'il y a eu d'autres choses de faites. Parce que souvent, c'est pas parce qu'on dit quelque chose que c'est fait et que d'autres choses ne sont pas faites.”

“M9 : Moi la première chose si ça ne se corrige pas, c'est déjà bien interroger les parents parce que ce sont les parents qui s'en occupent. Les parents peuvent avoir mal compris ou mal assimilé ou en général ce serait plutôt dans des milieux socio-économiques défavorisés dans ce cas-là ou la compréhension de la physiopathologie a été mal comprise. Je pense que ce serait une consultation avec les parents eux-mêmes.”

“M13 : Je réitère l’information à chaque consultation quand je vois que ça n’a pas été compris ou fait mais je ne culpabilise pas si les parents ne font pas, enfin j’essaye.”

2.4.3 Le ressenti vis-à-vis de leur rôle

2.4.3.1 Leurs missions

Concernant les DCP du nourrisson, les fonctions décrites par les médecins participants étaient principalement :

- **Prévention et dépistage** : *“M3 : Je pense qu’il (le médecin généraliste) doit les dépister et doit être formé pour justement rassurer les parents et expliquer aux parents quelles sont les méthodes pour que la plagiocéphalie n’existe plus.” “M4 : un rôle préventif et au-delà même de la plagiocéphalie”*
- **Eliminer une pathologie sous jacente** : *“M1 : c’est d’abord vérifier qu’il n’y a pas de pathologie sous-jacente qui est responsable de la plagiocéphalie.”*
- **Informers les parents et expliquer la physiopathologie** : *“M10 : C’est d’abord parler, expliquer la physiopathologie.”*
- **Donner des axes d’action** : *“M2 : c’est vraiment le rôle de conseils”*
- **Rassurer sur la bénignité** : *“M1 : c’est aussi beaucoup rassurer les parents sur la bénignité”*
- **Surveillance et suivi** : *“M11 : il n’y a pas beaucoup de pédiatre donc on fait beaucoup de suivi du nourrisson et puis le nourrisson n’a pas l’occasion de voir d’autres confrères donc le suivi de la plagio ne se fait quasiment que chez nous.”*
- **Orienter si gravité** : *“M11 : si on voit que la déformation s’aggrave, on l’aura vu et on aura pu éventuellement l’orienter plus rapidement vers un confrère.”*

2.4.3.2 Leur place dans la prise en charge des DCP

Une place primordiale

En évoquant la liste de leurs missions, des praticiens pensaient avoir un rôle important à jouer dans la prévention et la prise en charge des DCP :

- **Le rôle principal** : *“M3 : Je pense que c’est le médecin, enfin c’est la personne qui doit prendre en charge la déformation.”*
- **Le coordinateur** : *“M10 : Le rôle du médecin traitant est important. En général, on suit la grossesse aussi. [...] comme il y a de moins en moins de pédiatres, on est amené à en voir de plus en plus. Le rôle du médecin traitant là-dessus est amené à être augmenté. Le parent*

lui-même peut ne pas avoir compris ce qu'a dit un professionnel de santé. Le but n'est pas non plus de s'opposer aux autres confrères. C'est essayer de faire [...] une coordination."

- **Le partenaire des parents** : *"M5 : je suis leur seule interlocutrice [...] Notre rôle est d'être un médiateur, rien que le temps d'une consultation, on est ce partenaire [...] je vais plutôt penser au problème prévalent qui sera par exemple de prévention de l'anxiété et qu'il n'y ait pas de séquelles sur l'enfant parce que ces enfants sont les futurs adultes de demain donc voir que toutes les pathologies psychologiques ou du développement des personnes sont liées en gros aux problèmes qu'avaient les parents et que ça c'est fondamental à la construction."*
- **Le modérateur** : *"M10 : c'est attendre un petit peu d'abord, c'est pas envoyer directement."*

En second plan

Un des médecins répondant ne s'accordait pas spontanément un rôle primordial par souci de compétence et avait attribué un rôle essentiel aux paramédicaux dans la prise en charge des DCP du nourrisson.

"M9 : je pense que je ne suis pas assez compétent sur les réelles conséquences possibles parce que la réalité c'est que je ne sais pas moi actuellement. Mon rôle, avec ce que je connais, j'estime que c'est surtout encore une fois du soutien psychologique entre guillemets et la réassurance des parents."

Un autre se souciait de l'excès de soins actuellement accordé aux DCP du nourrisson.

"M8 : Moi je suis assez sensible à ce qu'on appelle la prévention quaternaire. Je suis assez sensible sur ce qui est sur-médicalisation, surdiagnostic et je pense qu'aujourd'hui, il ne faut pas qu'on en fasse une maladie."

2.5 Les sources de connaissances

2.5.1 Les sources de connaissances des médecins

2.5.1.1 Non enseigné à la faculté

Les médecins participants déclaraient ne pas avoir été sensibilisés sur les DCP durant les cours magistraux dispensés en faculté de médecine :

" M2 : Je lis beaucoup donc c'est pas du tout à la fac. "

2.5.1.2 Un apprentissage par l'expérience

La majeure partie des médecins participants pensaient avoir acquis leurs connaissances :

- par la pratique de la médecine en stage de pédiatrie ou de PMI:

“M8 : j’ai fait un stage en PMI. J’ai dû avoir des notions autour de ça à ce moment-là sans forcément le verbaliser.”

- en stage de médecine générale:

“M3 : C’est un des médecins qui m’avait formé et qui m’avait beaucoup parlé de la plagiocéphalie”

- par leurs expériences en médecine libérale:

“M8 : c’est lorsque j’ai été confrontée à une question par rapport à ça que j’ai commencé à regarder”

- et par leurs expériences personnelles:

“M5 : quand j’emmenais mes enfants à l’ostéo, je voyais qu’il regardait ça. J’ai compris petit à petit qu’il peut y avoir quelque chose à faire.”

2.5.1.3 Un apprentissage par lecture d'articles

L’autoformation par des recherches bibliographiques sur internet était le moyen le plus utilisé par les médecins participants en recherche d’informations sur les DCP du nourrisson.

“M7 : on trouve à peu près ce qu’on veut avec internet. Avant, il fallait avoir des bouquins... et maintenant avec internet on trouve encore plus facilement quoi. [...] Je suis abonné à plusieurs revues, là on peut retrouver des articles qui sont toujours intéressants.”

“M6 : ce sont des recherches biblio comme je peux faire sur n’importe quel sujet, trouver des articles un peu synthétiques souvent.”

2.5.1.4 Des formations supplémentaires

Deux médecins participants avaient réalisé au cours de leur carrière des Diplômes Universitaires (DU) ayant pour but de compléter leurs connaissances. Cependant, les DCP n’avaient pas été suffisamment développés ni en Diplômes Inter Universitaires (DIU) de médecine manuelle et d’ostéopathie, ni en DU de pédiatrie :

“M1 : pendant ma formation d’ostéopathie où on a abordé quand même, mais de façon trop furtive l’ostéopathie du nourrisson.”

“M5 : J’ai fait un DU de pédiatrie quand même et j’ai pas le souvenir sur Santé Développement normal de l’enfant, de connaissance où ça a été abordé.”

2.5.1.5 Des ressources diverses

Leurs sources d’informations pouvaient provenir d’autres supports, par exemple à la télévision ou sur des forums et sites médicaux :

“M5 : Pediadoc ou Mpédia, des sites sérieux [...] les émissions Les Maternelles, les Parents...”

“M13 : je vois aussi sur les forums les questions que les parents peuvent se poser et du coup regarder les réponses que je peux trouver dans les supports plus scientifiques que sur Doctissimo.”

2.5.1.6 L’objet de recherche

Les médecins participants se posaient des questions plus spécifiquement autour de la gravité des DCP, de leur traitement et de la conduite à tenir en cas de doute d’une DCP majeure :

“M7 : j’ai dû un moment chercher quel était le pourcentage de cas compliqués ou graves”

“M9 : y-a-t-il des thérapies et des traitements actifs que je ne connaisse pas, de potentielles conséquences neurologiques réelles que j’ignore, même si je ne le crois pas”

“M10 : Est-ce qu’il y a un stade à évaluer, je ne sais pas s’il y a une échelle”

“M2 : Est-ce que l’ostéopathie c’est vraiment efficace ?”

“M12 : quand orienter ? Vers qui orienter ? A quel moment ça ne sert plus à rien d’orienter ? Je pense que des fois on intervient peut-être un peu tard, être faussement rassurant à certains moments, ou c’est trop tard, on n’arrivera pas à modifier les choses donc oui aussi sur les signaux d’alerte sur les localisations à surveiller.”

2.5.1.7 Des informations suffisantes

D’autres médecins participants n’avaient pas particulièrement recherché des informations sur le sujet estimant avoir suffisamment de connaissances et de sources :

“M5 : cette recommandation est venue à moi par la HAS parce que je m’y suis abonnée, mais sans chercher parce que je voulais me documenter.”

“M1 : je ne suis pas frustrée. J’ai pas l’impression de manquer de connaissances.”

“M11 : C’est pas une question que je me suis souvent posé à vrai dire”

2.5.2 Les sources d’informations à destination des parents

2.5.2.1 Des informations internet peu fiables

Les médecins participants trouvaient que de nombreuses informations à destination des parents n'étaient pas toujours fiables :

“M5 : Les parents sont plutôt très informés, il y a beaucoup de sources d’informations, tout un commerce, un marketing autour de la petite enfance, des gadgets à acheter, des cales dans tous les sens... J’y vais aussi précautionneusement.”

“M6 : Dans mon souvenir, quand j’avais cherché, on tombe facilement sur des sites internet autour de la périnatalité qui ne sont pas forcément très médicaux et qui orientent très souvent sur des « fake med » sur des prises en charge non scientifiques. Je ne me souviens pas d’être tombé sur un document d’une société savante, quelque chose d’assez scientifique finalement et qui soit à destination des parents. Mais ma recherche date un petit peu donc ça a pu évoluer depuis.”

“M2 : je pense qu'internet pour les parents, il y a de bonnes choses comme des choses qui sont complètement alarmistes et peu rassurantes.”

Selon un des médecins participants, les nombreux services commerciaux, médias et magazines auraient émergé en réponse à la demande grandissante des parents :

“M4 : mon sentiment, c’est qu’il y a peut-être plus de choses qui sont faites pour les parents parce que c’est quand même inquiétant surtout sur le plan esthétique pour les parents plutôt que pour les médecins qui vont peut-être mettre -ce n’est que moi- la plagiocéphalie en bas de l’échelle par rapport à la recherche d’une autre pathologie potentielle chez un enfant. J’ai l’impression que les déformations crâniennes du bébé seraient plus inquiétantes pour les parents que pour un médecin généraliste et donc du coup, que les informations vulgarisées seraient peut-être plus nombreuses que les informations médicales scientifiques et documentées.”

2.5.2.2 L’ostéopathe

Un des médecins participants rappelait que les parents pouvaient également se renseigner auprès d’un ostéopathe :

“M12 : Ça (internet) plus l’ostéo mais effectivement qu’une fois qu’on les a adressés.”

2.5.2.3 Des informations médicales insuffisantes

D'autres médecins supposaient que les informations délivrées par le corps médical étaient probablement insuffisantes à la sortie de la maternité ainsi qu'au cabinet du médecin :

“M13 : là je te réponds plus en tant que maman qu'en tant que médecin, les maternités sont débordées. On se contente actuellement, en tous cas pour les maternités où je suis passée, de présenter les soins primaires aux nouveau-nés, le bain c'est comme ça, les soins du cordon c'est comme ça, les yeux, le nez et voilà. Et je pense que c'est très frustrant aussi pour le personnel qui travaille là-bas parce qu'ils aimeraient avoir le temps mais ils n'ont pas le temps.”

“M12 : ils ne sont pas tous au courant que parfois un nourrisson peut avoir une plagiocéphalie donc ce sont des choses qu'ils découvrent, on leur en parle pas forcément en maternité ou à leur sortie. Moi je ne vais pas parler directement de plagio s'il n'y en a pas... donc un manque d'information dans ce sens-là, où on ne les sensibilise pas assez en amont.”

2.6 Suggestions d'optimisation de la prévention et de la prise en charge des DCP

2.6.1 Le travail de prévention et de réassurance

2.6.1.1 Prévention par les médecins généralistes

Des médecins participants proposaient d'améliorer le temps de dépistage et de prévention primaire ainsi que de prendre en charge précocement les torticolis du nourrisson :

“M3 : Déjà il faudra prendre le temps la chercher parce qu'il y en a qui ne la cherchent pas et après il faut prendre le temps d'expliquer aux parents comment éviter et une fois qu'elle est là, comment éviter qu'elle se majore. Mais ça prend du temps. En PMI, t'as le temps hein. En cabinet, c'est un petit plus compliqué je pense.”

“M9 : Que ce soit abordé de manière systématique comme quelque chose de fréquent et bénin, à un moment du parcours des futurs jeunes parents dans les consultations pré-conceptionnelles ou suivi de la grossesse, peut-être qu'on pourrait aborder le sujet. Ou le suivi aussi, aborder presque de façon systématique dans la consultation de suivi du bébé comme quelque chose à évoquer avant même que ça ne se produise. Et surtout, c'est en préventif qu'il faudrait travailler pour informer sur une nécessité de changer le positionnement, à veiller que la tête de bébé ne soit pas toujours du même côté, à peut-être faire un travail précoce des torticolis, des contractures cervicales post-natales qui sont probablement un facteur favorisant principal aussi.”

2.6.1.2 Prévention par les professionnels de périnatalité

Des médecins souhaitent que les parents soient informés lors de leur préparation à la parentalité en maternité par les professionnels de périnatalité.

“M10 : Je vois que dès la maternité, on leur donne des conseils sur les vaccins Repevax ou autre. Moi je pense qu'ils devraient donner les mêmes conseils sur la plagiocéphalie en prévention dès la maternité.”

“M11 : Je pense aux sage-femmes qui viennent assez systématiquement maintenant dès que les mamans retournent chez elles.”

2.6.2.3 Déculpabiliser les parents

Selon un des médecins participants, la principale prise en charge serait de déculpabiliser les parents.

“M3 : s'il y a un message que je pourrais faire passer sur la plagiocéphalie c'est vraiment d'expliquer aux parents que c'est pas grave [...] il faut vraiment désangoisser les parents. Parce que c'est angoissant hein ! [...] je pense que vraiment, le fait de dédramatiser ça pour les parents, c'est important.”

2.6.2 Des supports de prévention simples et accessibles pour tous

2.6.2.1 Le carnet de santé

Parmi les solutions d'optimisation de prévention, des médecins participants souhaitent retrouver un article simple et illustré dans le carnet de santé et de faire mentionner les DCP sur les pages de suivi de santé de l'enfant :

“M13 : Je montre sur le carnet de santé et ça illustre mes propos. Ça aide à mémoriser et à comprendre. Donc pourquoi pas une petite page sur le carnet de santé, une demi page [...] Ça mettrait ce support là égal à tous, parce que tout le monde a un carnet de santé, tous ceux qui veulent le lire peuvent le regarder et tous les médecins qui auraient besoin d'un support ont ce support là au-delà d'un prospectus sur Améli, en fonction de l'orientation de sa pratique.”

“M7 : il y a des pages de conseils en fonction de l'âge du bébé donc ce serait bien de mettre un petit mot systématique.”

2.6.2.2 Des fiches pratiques

Des praticiens désiraient trouver les grandes lignes de prévention et de prise en charge sur des supports rapidement consultables, illustrés par des exemples de déformation et des arbres décisionnels :

“M12 : j’aimerais retrouver quelque chose sur la plagiocéphalie qui soit assez concis, qui soit utilisable en médecine de ville, consultable rapidement, un support qui soit facile comme Pédiadoc par exemple.”

“M4 : un truc simple et carré qui tient sur 1 ou 2 pages [...] avec un arbre décisionnel, une fiche très simple, quitte à mettre des photos.”

“M8 : les grandes informations me suffisent puis les documents grand public, tu peux les transmettre aussi aux patients.”

“M6 : C’est surtout d’avoir des vraies recommandations de pratiques en fait”

A noter que la plupart des médecins interrogés n’étaient pas avertis de la récente publication des recommandations de la HAS :

“M10 : Non... lesquelles ? Je t’avoue qu’en février 2020 on était occupé (rires)”

“M12 : là je suis très surpris par exemple qu’il y ait des recommandations de la HAS dessus. Donc, j’irai regarder.”

2.6.2.3 Un carnet d’adresses

Un médecin souhaitait trouver un répertoire de spécialistes ou des centres de référence des DCP :

“M3 : des numéros, un réseau, des centres, vers qui s’adresser et quand.”

2.6.3 La formation médicale

2.6.3.1 La formation initiale et continue

Pour quelques médecins participants, la formation restait une évidence pour optimiser leur prise en charge et plus particulièrement sur la connaissance du rôle des autres professionnels de santé qui pourraient intervenir sur les DCP, en complémentarité avec les médecins généralistes :

“M5 : surtout la formation initiale et ensuite la formation continue. Il n’y aura pas non plus une soirée entière dédiée à ce thème mais c’est vrai que ce serait un peu spécialisé quand même. S’il y a une initiative locale avec des professionnels bien formés sur le suivi en pédiatrie et un ostéo qui peut dire ce qu’il pourrait apporter dans ce cas-là parce qu’on est très mal formés et puis lié à notre formation initiale aussi. [...] Pour les paramédicaux, on est très mal formés.”

2.6.3.2 Une formation spécifique

Pour le médecin qui pratiquait de l'ostéopathie, une formation plus centrée en ostéopathie pédiatrique lui apporterait des connaissances supplémentaires dans le traitement des DCP du nourrisson :

“M1 : une formation d’ostéopathie pédiatrique. C’est principalement de l’ostéopathie crânienne. Et là le crânien, il y a un côté un peu mystique qui, au départ, me rebutait car on a bien senti que j’étais très scientifique dans l’âme mais j’ai vraiment senti qu’il y avait quand même un vrai bénéfice et ça permet de rester dans quelque chose de doux et de léger, ce qui est absolument nécessaire avec la prise en charge d’un nourrisson.”

2.6.4 Le travail de recherche

Plusieurs médecins participants déclaraient qu’un bon travail de recherche documentaire était une façon d’optimiser leurs pratiques.

“M2 : Pour les médecins, quand on cherche on trouve et faut-il savoir chercher, savoir prendre le temps de chercher et vouloir le chercher.”

“M8 : ça concerne la recherche documentaire en générale. Il faut que tu saches pour quel type de question où tu peux chercher rapidement et une fois que tu sais un peu les bases de données, sur quel site tu peux lire rapidement, c’est comme ça que tu peux avoir l’information plus rapidement. [...] Avoir une information au moment où tu n’en as pas besoin, 3h après tu l’auras oublié. On parle de la plagio mais c’est comme toute chose que tu ne vois pas très souvent avant d’y être confronté. Donc je pense que bien connaître où aller chercher l’information c’est plus important que le contenu de l’information en lui-même qui, en plus, au bout de 3 ans est obsolète.[...] Je pense qu’il faut apprendre aux gens à aller chercher pour qu’ils puissent trouver au moment où ils en ont besoin. ”

IV. DISCUSSION

1. Validité interne

1.1 Forces de l'étude

Cette étude possède certains atouts :

1.1.1 Choix de l'étude

Au moment de ma recherche bibliographique, la HAS avait publié une fiche mémo à destination du grand public concernant la prévention et la prise en charge des DCP du nourrisson dont aucune recommandation officielle n'existait jusqu'alors en France. Les dernières études réalisées en médecine et en maïeutique traitaient principalement de l'anxiété éprouvée par les parents face au manque d'informations délivré par les médecins généralistes comparé à d'autres professionnels de santé. Il m'est apparu intéressant d'étudier ce qui pouvait justifier l'attitude des médecins et d'en tirer des hypothèses sur la façon dont ils se représentaient les DCP du nourrisson et sur les freins qu'ils pouvaient rencontrer au cours de leurs expériences.

Un étude qualitative m'a semblé être la plus adaptée afin d'identifier la sensibilisation des médecins généralistes au sujet des DCP et de leur vécu vis-à-vis des parents. En effet, cette méthode cherche à recueillir des pensées, des expériences, des sentiments et des émotions, afin de mieux comprendre les comportements.

A ma connaissance et selon la recherche documentaire, il s'agit du premier travail effectué sur le vécu des médecins généralistes concernant la prévention et la prise en charge des DCP du nourrisson.

Le département de la Seine-et-Marne était sélectionné non seulement pour des raisons de proximité car j'y remplaçais des confrères mais aussi parce que ce département fait actuellement partie des déserts médicaux en France. En effet, la pénurie des pédiatres en Seine-et-Marne peut amener les médecins généralistes à suivre plus fréquemment des enfants dès la naissance.

Du fait que cette étude ait été menée dans un désert médical, cela a permis de mettre en valeur, de façon plus significative, ce que les médecins vivent au quotidien en consultation du nourrisson.

1.1.2 L'échantillon

Les nombreux critères retenus pour l'échantillonnage ont permis d'obtenir une grande diversité dans les réponses recueillies. Je me suis efforcée de constituer un échantillon diversifié et raisonné afin d'explorer la variation maximale de la population. En effet, dans une étude qualitative, la variation maximale permet de broser l'ensemble des points de vue sur le sujet.

A la fin de cette étude, j'ai interviewé des médecins généralistes des deux sexes, ayant ou non des enfants, exerçant la médecine générale de 4 à au-delà de 30 ans, ayant des modes d'exercices différents et de plus, des compétences complémentaires intéressant notre sujet d'étude, en milieu urbain et semi-rural.

1.1.3 Le guide d'entretien et le recueil des données

Selon le guide méthodologique d'une étude qualitative du CHU de Nice (45) : « Le guide d'entretien s'élabore dans un processus continu de réflexion et d'amélioration. Après les entretiens, transcrire les verbatim puis adapter le guide d'entretien si nécessaire. »

En fonction des réponses et de la chronologie des entretiens, j'étais amenée à modifier l'ordre des questions afin de ne pas interrompre le cours de la pensée du médecin interrogé. J'ai également volontairement omis les questions dont la réponse avait déjà été spontanément formulée afin de ne pas faire répéter le participant.

Suite à des remarques pertinentes du huitième participant, le guide d'entretien a subi une révision (Annexe 2). Les changements apportés visaient à rendre les questions plus neutres avec des reformulations plus ouvertes afin d'inviter le sujet à donner son avis subjectif et lui laisser libre discours sur son expérience. J'ai reformulé les questions tout en veillant à conserver les thèmes du guide semi-dirigé pour m'assurer de la continuité du fil conducteur de l'enquête et ne pas m'éloigner des objectifs de recherche.

J'ai remplacé les formulations «Avez-vous déjà été confronté à des DCP ?» par «Quelle expérience en avez-vous ? », «Quelles connaissances avez-vous des DCP ?» par «Que représente une DCP pour vous ?», « Que pensez-vous de leur prise en charge ? » par « Que pensez-vous de leur place dans la PEC ? ». Ces reformulations plus ouvertes ont permis de développer des axes préalablement abordés par les participants précédents.

Malgré ces modifications en cours d'étude, les données recueillies après le huitième entretien rejoignaient en grande partie les principales idées dégagées par les premiers participants. Cela confirme le respect des thèmes du guide d'entretien et des objectifs de recherche.

La redondance des données a été atteinte au onzième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de confirmer qu'aucune nouvelle donnée ne ressortait de l'entretien.

1.2 Limites de l'étude

Cette étude comporte néanmoins plusieurs limites :

1.2.1 Biais de recrutement

Lorsque les médecins ont été contactés, la France plongeait dans la troisième vague épidémique de la COVID-19. Neuf médecins généralistes n'ont pas répondu à ma requête. Les difficultés de recrutement étaient probablement justifiées par l'absence de disponibilité ou d'intérêt sur la question ou simplement liées au confinement imposé pendant cette période. L'entretien pouvait être réalisé en visioconférence. Cependant, la non maîtrise du logiciel pouvait également en dissuader certains.

L'échantillon, bien que diversifié, ne concernait que les médecins généralistes exerçant dans le département de Seine-et-Marne et ayant une activité essentiellement libérale.

Les médecins en zone semi-rurale et rurale étaient compliqués à recruter car ils étaient peu connus des répertoires des participants contrairement à un réseau plus riche en zone urbaine, proportionnel à la densité de la population mais aussi à la proximité des cabinets. Ce département étant en plein essor urbain, quelques médecins participants pensaient être en bordure d'une zone semi-rurale alors qu'ils étaient installés en zone plutôt citadine. Un seul des trois médecins sollicités en zone semi-rurale avait répondu à ma demande.

Parmi les réponses positives, j'ai décliné un entretien concernant un médecin qui ne voyait pratiquement plus d'enfant au cabinet et ne réalisait aucun suivi du nourrisson, craignant de ne pouvoir extraire des données sur sa pratique. Cependant, son opinion aurait pu être un point de vue intéressant sur la représentation des DCP.

1.2.2 Biais d'investigation

Au cours de ces entretiens, je me suis efforcée d'instaurer un climat de confiance pour faciliter les échanges et d'adopter une écoute active en répétant parfois les grandes lignes du récit du participant afin de confirmer son ressenti ou de l'amener à développer sa pensée.

Cependant, n'ayant aucune expérience dans le travail d'une étude qualitative, il est possible que certaines idées n'aient pas été abordées ou de façon insuffisante. Comme évoqué antérieurement, la révision du guide d'entretien ne permettait pas la reproductibilité de l'enquête. Le manque d'impartialité et les questions fermées, malgré les tests préliminaires, ont pu influencer les médecins participants vers une pensée binaire (oui/non) les retranchant vers des connaissances plutôt que vers les émotions.

Etant donné que cette étude qualitative avait pour but de relever les expériences des médecins participants, les questions ouvertes relatives à leurs affects présents et passés pouvaient déclencher, ce qu'on appelle en psychologie cognitive, des interférences rétroactives. Il s'agit des souvenirs antérieurs qui interfèrent de manière proactive et des souvenirs ultérieurs qui interfèrent de manière rétroactive. Ce biais de mémoire pouvait donc induire une contradiction dans les propos

du médecin interrogé comme, par exemple, sur la fréquence des DCP rencontrées au cabinet. Un médecin pouvait penser en début d'entretien que les DCP du nourrisson étaient peu fréquemment rencontrées pour finalement revenir sur ses mots en fin d'entretien et émettre que le phénomène était plutôt fréquent.

Enfin, bien que les rendez-vous étaient fixés en dehors des horaires de consultation des médecins, la fatigue et le manque de temps disponible (le soir ou à l'heure du déjeuner) ont pu avoir pour conséquence un empressement limitant l'expression de certains praticiens. Dans un souci d'optimisation du temps, il est plausible que certains thèmes aient été explorés de façon superficielle.

1.2.3 Biais d'interprétation

Dans l'objectif d'assurer la triangulation des données, une relecture des analyses et un double codage des premiers entretiens ont été réalisés par un second analyste. Bien que cette vérification semblait satisfaisante, il existe néanmoins un risque d'oubli de codage.

2. Analyse des résultats

"L'expérience: c'est là le fondement de toutes nos connaissances" -John Locke-

Notre analyse du comportement des médecins de l'échantillon tentera d'extraire la sensibilisation de ces derniers sur les DCP du nourrisson en se basant sur leurs expériences et leurs vécus.

2.1 La sensibilisation des médecins sur les DCP

2.1.1 Leurs expériences et connaissances

Selon Joël Cadière, dans son "Introduction, qu'est-ce que l'expérience?" : "Pratiques, sensations, émotions, perceptions sont les points de départ qui, sans nul doute, constituent le matériau de la mémoire" (46).

Que nous ayons ou non acquis des connaissances sur les DCP, l'expérience peut encoder notre pratique face à une DCP par notre observation clinique que nous cherchons à associer à nos connaissances médicales et par ce que nous pouvons percevoir émotionnellement de la part des parents.

2.1.1.1 L'observation des médecins

Une notion approximative

Lors de nos entretiens, les médecins généralistes avaient **connaissance des principales manifestations cliniques** d'une plagiocéphalie car ils avaient déjà été confrontés à un enfant ayant "la tête plate". Seuls les praticiens ayant reçu un enseignement sur les DCP en PMI ou en FMC avaient notion de plusieurs types, grossièrement les plagiocéphalies bénignes réversibles et les plus graves synostotiques irréversibles. Aucune description anatomique des trois types de DCP n'était détaillée.

Les DCP, terme utilisé dans les recommandations de la HAS, semblaient moins connus ou mal interprétés avant que l'investigatrice énonce plus explicitement le nom de "plagiocéphalie". En effet, il pouvait y avoir une confusion avec les plagiocéphalies déformatives (prénatales) et malformatives (secondaire à une craniosténose). Les médecins participants utilisaient plus facilement le terme de "plagiocéphalie" qui avait été introduit au début des années 1990. La définition était donc **connue mais pas forcément précise ni actualisée**.

Des connaissances post-universitaires

Pratiquement tous les médecins participants de notre étude affirmaient **ne pas avoir été formés** sur les DCP du nourrisson par des cours magistraux. En effet, Anaëlle LETANOUX (47) affirmait que 77,6% des médecins généralistes de son étude n'avaient jamais reçu d'information sur la plagiocéphalie.

La majeure partie de nos participants se souvenaient d'avoir acquis leurs connaissances **par leurs expériences** :

- Majoritairement par leurs expériences professionnelles au sein de leur cabinet ou en conférence,
- Durant sur les terrains de stage de pédiatrie ou de PMI,
- Moins fréquemment par leurs expériences parentales pour les médecins ayant observé une DCP chez leurs enfants. Ces médecins devenus parents, à la découverte d'une plagiocéphalie de leur nourrisson, étaient probablement plus sensibilisés et attentifs sur les DCP. Leur parcours a pu leur servir de référence pour donner des conseils aux familles.

Les médecins participants ont donc été principalement informés qu'après leur formation initiale.

Un examen clinique non spécifique mais suffisant

Malgré un aspect visuel défavorable, la connaissance d'une boîte crânienne encore malléable les premiers mois de vie par la présence de **la fontanelle antérieure**, leur maîtrise de **l'examen clinique du nourrisson** et la **surveillance du périmètre crânien**, leur permettaient d'écarter une anomalie dans le développement normal du nourrisson et de conclure au caractère bénin de la déformation.

Selon la Société Française de Pédiatrie (48), la mesure du périmètre crânien est indiquée dans le suivi du nourrisson pour rechercher des pathologies à conséquences neurologiques graves. Une cassure de la courbe de croissance évoquerait une microcéphalie pour laquelle une radiographie du crâne permettrait d'éliminer une craniosténose. A contrario, une accélération de la croissance du périmètre crânien ferait évoquer une macrocéphalie (49) pouvant être révélatrice de nombreuses encéphalopathies chez l'enfant (étiologies d'une hydrocéphalie, épanchement cérébral traumatique, processus intracrânien).

La mesure du périmètre crânien n'est **pas un outil spécifique** de diagnostic d'une DCP. Néanmoins, selon la Société Canadienne de pédiatrie (11), la présence d'une plagiocéphalie positionnelle ne réduit en rien la précision ou la nécessité des mesures sérielles de la circonférence crânienne lors des soins des jeunes enfants.

En effet, la mesure du périmètre crânien permet **d'éliminer son diagnostic différentiel qui est la craniosténose**. Bien que la recherche active d'une craniosténose n'était pas littéralement formulée par les médecins participants, la mesure systématique du périmètre crânien leur permettait de la dépister. Or, nous ne sommes pas certains que les médecins participants sachent correctement dépister une craniosténose. En effet, une étude relevait que 17% des médecins généralistes ne faisaient pas la différence entre plagiocéphalie positionnelle postérieure et craniosténose (50). Ce geste automatique pouvait, par chance, conduire des médecins à observer plus attentivement la forme du crâne du nourrisson et découvrir de façon fortuite une plagiocéphalie.

Parmi les diagnostics associés, **un torticolis** était dépisté par les médecins participants en évaluant la mobilité cervicale spontanée ou provoquée du nourrisson.

En somme, l'examen clinique des praticiens était suffisamment exhaustif.

Un seuil de sévérité subjectif

Une plagiocéphalie fronto-occipitale entraînant un décalage des yeux ou des oreilles pouvait être visuellement perturbante. Elle pouvait amener les médecins participants à douter de la gravité ou non de la déformation, d'éventuels retentissements neuromoteurs et de la nécessité de diriger le nourrisson vers d'autres professionnels.

Dans notre étude, de nombreux médecins déclaraient que la conduite à tenir dépendait d'un **certain degré de déformation** à partir duquel l'enfant nécessiterait une prise en charge spécialisée. Ce seuil de gravité était vaguement décrit. Leurs attitudes semblaient dépendre d'une interprétation visuelle subjective de la sévérité de la déformation.

Afin de rendre l'examen plus objectif devant une plagiocéphalie importante ou persistante, certains médecins participants complétaient leur observation par **un examen neurologique complet** avec une **surveillance du développement psychomoteur de l'enfant**, ce qui est actuellement recommandé par la HAS. Nous pouvons donc suggérer que leur seuil d'alerte serait la présence d'un trouble psychomoteur.

Selon les recommandations de la HAS, une orientation précoce (fin du premier semestre) vers un centre de compétences, référé sur le site www.tete-cou.fr, est préconisée en cas d'absence d'amélioration de la déformation crânienne après une prise en charge adaptée, sans mentionner la présence ou non d'un trouble psychomoteur.

Des études ont tenté d'établir des tableaux de gravité. Cependant, les classifications de sévérité ne font pas consensus. Des mesures anthropométriques et l'index céphalique, plus connus des maïeuticien·ne·s (42) et des neurochirurgiens pédiatriques, permettent de mesurer et surveiller qualitativement la plagiocéphalie.

L'absence de connaissance d'outils de mesures spécifiques et d'une classification du degré de gravité n'aident probablement pas les médecins à déterminer à partir de quel stade de déformation l'enfant doit être adressé vers un spécialiste.

L'impact des DCP

Parmi les éventuelles répercussions fonctionnelles, des médecins participants évoquaient le **risque d'otopathie, de déformations orthodontiques et de retentissements musculo-squelettiques**. Tous sont cités dans la littérature ; cependant les études menées ne sont pas significatives.

Les expériences des médecins de l'échantillon montraient l'absence de retentissement évident sur la croissance de l'enfant malgré la persistance ou non d'une déformation crânienne visible. Le principal préjudice restait donc **l'aspect esthétique**.

Durant les entretiens, les doyens de l'échantillon répondaient de façon assurée et succincte sur **l'absence de conséquences des DCP**. En effet, ayant suivi des enfants au long cours, les aînés ne relevaient pas d'incidence majeure sur le développement et l'avenir des enfants atteints qu'ils avaient suivis. Les expériences répétées dans le temps avaient permis de leur constituer une certitude de la bénignité des DCP et d'en devenir une auto-référence.

2.1.1.2 La perception des médecins

La perception était **ambivalente** chez les médecins participants. Certains pouvaient se sentir confiants quand d'autres, au contraire, éprouvaient de l'embarras en fonction de l'intensité de la demande des parents.

Une inquiétude parentale

L'étude de Fanny ROSSELOT, menée auprès des parents (38), relevaient un sentiment d'anxiété et de culpabilité au sujet de la plagiocéphalie de leur nourrisson.

Dans notre étude, les médecins participants ressentaient également **une inquiétude fréquente** de la part des parents. Les deux craintes majeures des parents étaient la gravité d'un possible retentissement cérébral et la persistance de l'atteinte esthétique.

En effet, il est légitime de penser à l'écrasement d'un contenu dans un contenant déformé. Un médecin participant expliquait : *"M10 : De toute façon en pédiatrie tu le sais, tout ce qui est visuel est toujours angoissant. Ce qui se voit le plus, sur le pied ou sur la fesse qui se voit moins, les parents sont un peu moins inquiets. Là, sur le visage ou sur le crâne, forcément ça inquiète les parents. Tout ce qui est apparent a tendance à être anxiogène. Et je pense que le parent a tendance à assimiler la déformation de la voûte crânienne avec une malformation cérébrale avec un handicap potentiel."*

Par leurs connaissances et leurs observations rigoureuses, les médecins participants avaient suffisamment d'arguments pour rassurer les parents sur le caractère bénin de la plagiocéphalie.

Cependant, **une angoisse démesurée** des parents pouvait conduire à une incohérence entre l'observation de la bénignité par l'examineur et la sur-évaluation de la gravité par les parents. Cette réaction irrationnelle des parents pouvait influencer sur l'incertitude diagnostique du médecin sur l'intensité de la déformation et des éventuelles répercussions. De ce fait, les médecins qui n'avaient pas connaissances des recommandations sur les DCP, pouvaient exprimer une **détresse réciproque**, influencés par l'angoisse des parents.

Chez les aînés et les médecins formés sur le sujet, la perception de cette anxiété parentale ne remettait **pas forcément en doute leurs connaissances**. Leur attitude rassurante avait comme effet miroir des parents rassurés.

Des parents peu inquiets

Certains médecins racontaient qu'après avoir fait remarquer aux jeunes parents une tête aplatie de leur nourrisson, ces derniers ne les interrogeaient pas davantage sur les enjeux du diagnostic et sur les moyens de correction de la déformation. Ces médecins pouvaient ressentir **une certaine déception** face au préjudice esthétique que l'enfant subissait malgré les conseils donnés. Les médecins interprétaient l'indifférence des parents comme une possible **incompréhension des consignes** ou bien à un **désintéressement**.

La perception de parents indifférents à la DCP de leur nourrisson pouvait, en retour, rendre l'examineur soit insensible aux DCP soit le faire réagir et renforcer sa vigilance sur la relation que les parents entretenaient avec leur nourrisson.

De façon réciproque, des médecins qui ne portaient pas une attention particulière aux DCP récoltaient peu de questionnement de la part des parents.

2.1.2 Leurs représentations

D'après le Pr Simone MANON, professeur de philosophie : "L'expérience fournit la matière de la connaissance mais sa forme dérive de l'esprit. L'expérience est donc bien l'origine de toute connaissance possible mais elle n'en est pas le fondement car la forme qui est appliquée à cette matière relève de la spontanéité de l'esprit." (51)

Selon cette hypothèse, les représentations des DCP du nourrisson pourraient donc être issues des expériences vécues et des émotions perçues par le médecin.

Dans notre échantillon, des médecins qualifiaient la plagiocéphalie comme une pathologie tandis que d'autres ne la considéraient pas comme telle. La définition d'une pathologie, selon le Larousse, est l'étude des maladies, de leurs causes et de leurs symptômes ; une pathologie est un ensemble des manifestations d'une maladie et des effets morbides qu'elle entraîne (52).

Faut-il en déduire que les médecins qui considéraient les DCP comme non-pathologiques n'avaient pas connaissance des causes et des effets morbides des DCP ? Cela est discutable. Notre étude n'a pas pour objectif d'évaluer les connaissances des médecins mais d'étudier leur comportement. Si même un médecin avait des connaissances en la matière, selon une approche empirique, c'est **sa sensibilisation et sa mémoire** au cours de ses expériences qui lui modéliseraient sa représentation.

Par exemple, un des médecins dont les DCP ne représentaient pas une maladie connaissait le sujet en général : "**M11** : *Qu'est-ce que ça représente ? Ben rien du tout. C'est quelque chose qui arrive un petit peu plus tard chez un enfant qui est en position dorsale... c'est l'impression que j'ai, je ne me suis pas documenté sur le sujet. Je ne pense pas qu'il y ait des conséquences sur le devenir de l'enfant et le crâne reste modelable assez tard donc il va se remodeler. Donc j'ai pas de raison particulière d'intervenir. Pour moi c'est pas une maladie donc... j'en tiens pas compte. Voilà c'est mon ressenti et c'est ça ma pratique.*". Son expérience en médecine générale semblait relativement longue pour en avoir retenu un portrait bénin des plagiocéphalies. Ses expériences passées l'ont amené à une **représentation plutôt négligeable et banale des DCP**, n'ayant aucun intérêt thérapeutique en l'absence d'enjeu dans le développement de l'enfant.

Dans un cas contraire, parmi les médecins qui estimaient que les DCP étaient certainement pathologiques et source d'angoisse pour les parents, des médecins disaient se sentir désarmés : "**M9** : *Je me représente surtout ça comme une pathologie principalement bénigne au préjudice esthétique dont la prise en charge va être... (perplexe, temps de réflexion). C'est vrai que j'ai assez peu d'expérience en la matière mais je vois ça comme une source d'angoisse pour les parents et l'enjeu*

d'une pathologie pour laquelle on n'a pas de traitement bien validé et efficace, en tout cas à ma connaissance. Pour certains parents, ça revient à chaque consultation. J'en ai pas eu beaucoup mais j'en ai eu quelques uns pour qui c'est une vraie angoisse et anxiété sur cette problématique là.". Le verbatim semble retranscrire un sentiment d'hésitation ou de contrariété dans son discours. Ses émotions en imprimaient **une représentation des DCP plutôt péjorative et préoccupante**, tout à l'image des parents qui le sollicitaient.

Hormis ces cas extrêmes, les médecins participants dont l'expérience provenait d'une auto ou hétéro-formation sur les DCP décrivaient **un tableau essentiellement bénin** nécessitant une vigilance à adopter en fonction de la gravité des DCP et de l'attitude des parents. Leurs représentations pouvaient être moins influencées par leurs affects puisque l'information scientifique reçue rendait leur représentation plus objective. Nous observerons, par la suite dans leur prise en charge, un détachement du transfert anxieux des parents et une approche centrée sur le parent plutôt que sur la DCP du nourrisson.

Par conséquent, les représentations des médecins sur les DCP étaient **multiples et hétérogènes**, en fonction de leurs expériences et de leur sensibilisation propre à chacun. Les DCP avaient une place plus ou moins importante dans la consultation en fonction de la représentation qu'en faisait le médecin.

2.1.3 Leurs pratiques

En se basant sur la théorie de Joël Cadière : "L'expérience comme connaissance est, du coup, cette capacité réflexive qui revient sur les expériences passées, sur les savoirs acquis, emmagasinés et mis en relation afin de conduire dans le présent-futur la pratique pertinente." (46) Cela signifierait que les expériences et ressentis des médecins participants représenteraient un socle de connaissances qui influencerait sur leur pratique.

2.1.3.1 Prévention secondaire

La délivrance de l'information

Laura LASCAUD, dans son mémoire, affirmait qu'une trop grande partie des parents étaient peu ou pas informés sur la plagiocéphalie positionnelle et les moyens de prévention (53).

En effet, en fonction des représentations qu'en décrivaient les médecins participants, leur façon d'agir reflétait leur façon de penser.

Les praticiens, formés ou non, qui pensaient que les DCP étaient pathologiques, **informaient systématiquement les parents** de la plagiocéphalie de leur nourrisson afin de rechercher des facteurs de risque aggravant la déformation et leur délivrer des conseils pour tenter de la corriger. Les médecins dont la représentation des DCP n'était pas associée à une forme de maladie, pouvaient avoir remarqué une déformation crânienne du nourrisson **sans trouver d'intérêt à le signaler**. Ils ne

fournissaient donc pas de directives spécifiques sinon à la demande des parents. L'absence de délivrance d'informations n'était pas pour autant synonyme d'ignorance de la plagiocéphalie.

En fonction des remarques des parents, les médecins pouvaient rediriger leur vigilance sur un des facteurs aggravant la plagiocéphalie qui est le temps passé en position dorsale. Ce temps passé au sol est un temps non passé dans les bras des parents, ce qui pourrait suggérer un manque d'interaction entre les parents et leurs nourrissons. La plagiocéphalie serait un **symptôme de la relation parent-enfant** et de leur environnement.

La délivrance de l'information dépendait donc de la sensibilisation du médecin. La plagiocéphalie permettait au médecin de centrer son attention sur la relation parent-enfant.

Les conseils

Leurs conseils résultaient de leur connaissance des facteurs de risque. Les facteurs de risque des DCP étaient **globalement connus** par les médecins participants. Les médecins participants énonçaient principalement le changement de position de la tête du nourrisson en le stimulant alternativement d'un côté à un autre. Selon les recommandations, la prévention repose sur le principe de respect de la motricité libre et spontanée du nourrisson (16), ce qui inclut également l'environnement du nourrisson dont les supports de couchage, le portage, le temps d'éveil sur le ventre, etc.

Selon l'évolution de la déformation, les médecins généralistes veillaient à la **compréhension** des parents des facteurs de risque et sur l'**observance des directives**. Les conseils pouvaient être intégrés parmi d'autres préconisations dans le cadre d'une **guidance parentale**.

Pour quelques médecins et plus particulièrement chez les doyens, les simples conseils n'étaient pas perçus comme un traitement. Ces médecins disaient ne pas connaître de moyen thérapeutique valide pour agir sur le seul préjudice visuel. Les conseils donnés suite à la demande des parents leur paraissaient de l'ordre d'**une question de bon sens** ou d'une intuition. Cependant, des préconisations pouvaient comporter des erreurs.

En effet, un participant avait évoqué d'utiliser un support plus souple afin d'atténuer l'aplatissement de la tête contre un plan dur. Selon la HAS, les coussins anti-tête plates et les supports mous, sont contre-indiqués aussi bien comme traitement que comme moyen de prévention car ils limitent la mobilité spontanée de la tête de l'enfant. Ils augmentent également le risque de MIN (16).

Des études montraient que la majorité des professionnels de santé pensaient que la plagiocéphalie était imputable aux recommandations de couchage sur le dos (54) (55). Ainsi, un trop grand nombre de professionnels autorisaient les parents à ne pas toujours coucher leur enfant en décubitus dorsal. Bien que le décubitus dorsal prolongé soit un facteur de risque des DCP, la prévention pour la MIN ne doit pas être remise en cause car elle a permis de réduire significativement la prévalence de la MIN. Le décubitus dorsal n'est valable qu'au moment du couchage du nourrisson. En éveil, il est recommandé de le stimuler en position dorsale et ventrale, sous surveillance d'un adulte.

Contrairement à ces études, **aucun** médecin de notre échantillon **n’a remis en question le couchage dorsal**.

La place des DCP dans la consultation

Dans l’étude de Fanny ROSSELOT, parmi les attentes des parents envers leur médecin généraliste, les parents soulignaient l’importance des informations à délivrer au bon moment pour une prise en charge précoce ainsi que la nécessité d’accorder du temps à la compréhension et à la répétition des conseils (38). Selon Mey BALZAN, le manque de temps ne serait pas un frein à la prévention des DCP par les médecins généralistes (43).

Dans notre étude, le temps consacré à répondre aux parents était variable en fonction de la demande des parents mais également du temps que le médecin participant voulait y consacrer.

En effet, malgré une place dédiée à la prévention des DCP et à la répétition des informations à chaque consultation, un médecin s’apercevait d’un **biais de connaissance** du sujet. Plus le médecin avait des connaissances et était sensibilisé aux DCP du nourrisson, plus il s’accordait le temps de dépister, d’alerter sur les facteurs aggravants et de sensibiliser à son tour les parents.

Pour le médecin qui avait travaillé en PMI avant de s’installer en libéral, le temps lui semblait tout de même **moins flexible en médecine libérale** qu’en PMI. Le temps dédié aux DCP dépend du créneau de consultation qu’un médecin généraliste accorde aux nourrissons en cabinet libéral. Plusieurs études menées par la DREES (Direction de la recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques) relataient qu’en moyenne, les séances concernant les patients de moins de 16 ans duraient 14 minutes, soit 2 minutes de moins que pour l’ensemble de la population (56), ce qui peut paraître court pour les parents concernant la prévention et le suivi du nourrisson.

Une fois la plagiocéphalie expliquée aux parents lors d’une première consultation, les médecins participants précisaient que le sujet prenait **moins de place durant les consultations suivantes** bien que des informations étaient parfois répétées en fonction du suivi du nourrisson.

Par ailleurs, la prévention d’une plagiocéphalie occupait **un grade moins important** parmi toutes les recommandations à délivrer aux parents concernant le développement de leur enfant, par rapport à l’alimentation, les soins, les infections de l’enfant, etc. Cette place en bas de l’échelle se justifiait par sa bénignité et l’absence de retentissement majeur sur le développement de l’enfant.

2.1.3.2 Prévention primaire

Parmi les treize médecins interrogés, **seuls trois praticiens** délivraient des conseils avant l’apparition d’une DCP. En effet, ces trois médecins avaient déjà été confrontés à une inquiétude relativement importante des parents sur la plagiocéphalie au cours de leur carrière. Il est probable que le fait d’avoir fait face à la détresse des familles ait pu sensibiliser et motiver ces médecins à prévenir d’autres parents en amont de la survenue d’une DCP du nourrisson.

Une prévention primaire permettrait de prévenir les parents à la survenue d’une éventuelle plagiocéphalie positionnelle grâce à la mise en place précoce des conseils de positionnement et ainsi éviter une anxiété parentale sur les DCP.

2.1.4 La recherche de connaissances

Plusieurs médecins participants ont déclaré avoir recherché des informations autour des plagiocéphalies par le passé. Les thèmes recherchés étaient centrés sur les traitements possibles, à quel moment orienter et vers quel professionnel. Les médecins participants exprimaient un désir d'approfondir leurs connaissances. Leurs sources d'informations provenaient essentiellement de **recherches bibliographiques**, de divers **sites internet médicaux**, d'**articles de revues médicales**, mais aussi de supports numériques à destination du grand public (émissions télévisées et forums) tout en utilisant leur compétence en lecture critique d'articles et de connaissances scientifiques pour faire le tri. Pour certains, l'absence de document scientifique sur les traitements des DCP se traduisait par un sentiment d'échec. En effet, la majorité de l'échantillon, hormis un médecin, n'avait **pas connaissance des recommandations 2020 de la HAS**.

Durant leurs recherches d'informations, non seulement des médecins participants peinaient à trouver des sources sûres pour répondre à leurs questions mais en plus s'alarmaient de trouver des indications factices à destination des parents, notamment au profit des entreprises commerciales.

D'autres praticiens déclaraient que leurs bagages de connaissance sur les DCP leur **suffisaient** et n'avaient pas le sentiment de devoir compléter leur savoir.

L'accès à l'information n'était pas au coeur de la problématique. En effet, des médecins soulignaient l'importance d'un **travail de recherche efficace**. Le médecin doit avoir la capacité de savoir rechercher la bonne information au bon endroit et au moment voulu. La recherche documentaire serait donc fondamentale pour pouvoir adapter la meilleure stratégie thérapeutique.

2.1.5 Diagramme schématisant les expériences, les représentations et les pratiques des médecins participants

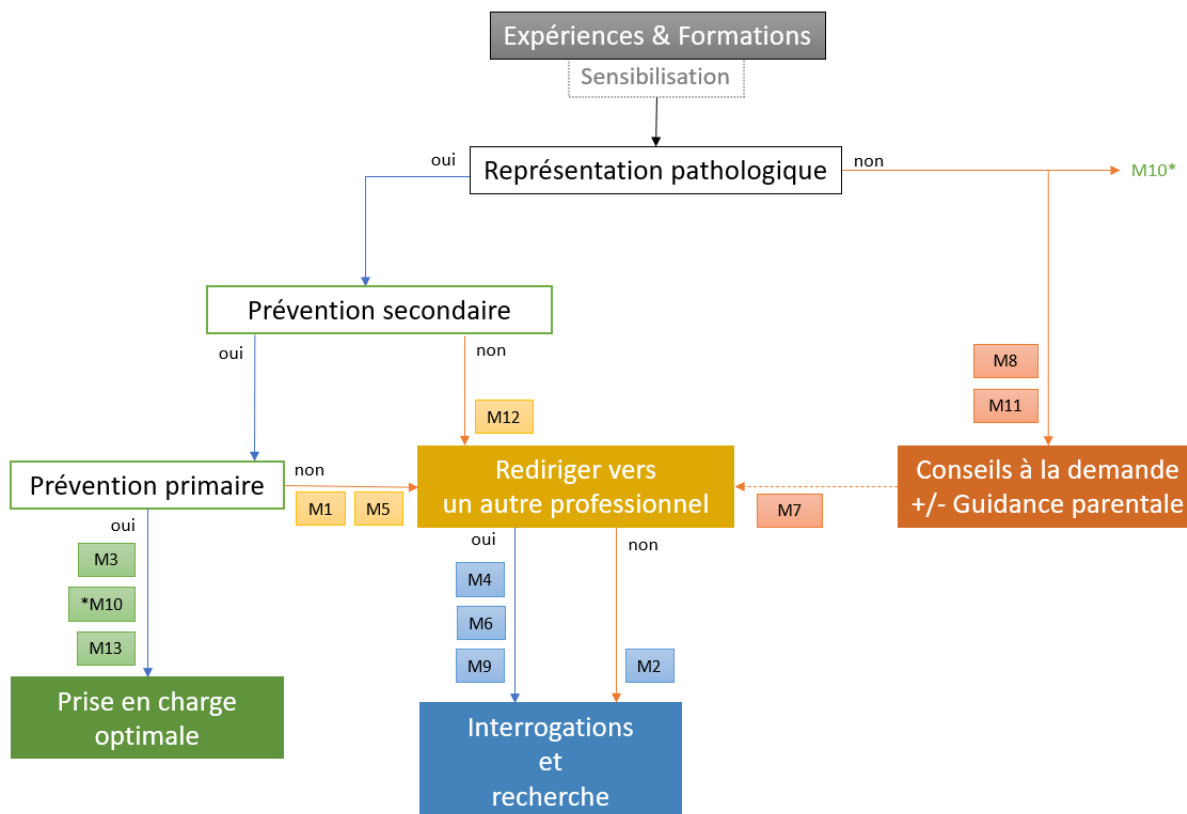


Figure 9 . Diagramme schématique partant des expériences et formations aux prises en charge des DCP du nourrisson en fonction des représentations des médecins participants

Ce diagramme (Figure 9) a pour objectif d'illustrer schématiquement, le plus fidèlement possible, notre analyse afin d'aider le lecteur à situer la finalité du parcours des médecins participants de notre étude. Il ne s'agit pas d'un relevé statistique car ce n'est pas le but d'une étude qualitative. Il permet seulement de dégager les grandes lignes.

Les expériences des médecins étaient des sources de perceptions et d'émotions apportant une matière affective et subjective à leurs connaissances des DCP. En fonction de leur sensibilité, une représentation singulière des DCP reflétait leur choix de stratégie thérapeutique.

En résumé, la majorité des médecins participants avaient **une vision plutôt pathologique** des DCP. **Une fois présente**, ils signalaient la déformation crânienne aux parents afin qu'ils puissent la corriger, soit par des mesures de positionnement soit par un traitement chez le kinésithérapeute ou chez l'ostéopathe. Seuls trois participants réalisaient une **prévention primaire**. Certains n'avaient pas ressenti le besoin d'approfondir leurs connaissances tandis que d'autres **recherchaient des informations** complémentaires à la prise en charge.

Nous observons que les médecins qui avaient explicitement exprimé le **caractère bénin** et négligeable des DCP, délivraient des **conseils uniquement à la demande** des parents et parfois les dirigeaient **vers d'autres professionnels de santé**. Les conseils donnés étaient considérés comme des moyens intuitifs plutôt que thérapeutiques. Une investigation de l'environnement et des interactions de l'enfant pouvait être développée dans le cadre d'une guidance parentale.

Ce diagramme n'est cependant qu'une interprétation des grandes lignes de conduite observées dans l'échantillon. Il ne peut illustrer la subtilité des représentations complexes en fonction du ressenti des participants.

En effet, ce **schéma** est probablement **réducteur** pour les médecins qui ne délivraient pas systématiquement de conseils à cause d'une représentation minimisée des DCP.

Le médecin M10 (*) avait concrètement déclaré que les DCP ne représentaient pas pour lui "quelque chose de pathologique". Or, il ne conseillait pas moins les parents avant même l'apparition d'une plagiocéphalie. Sa représentation n'empêchait pas une prise en charge optimale.

Le médecin M8 ne s'attardait pas sur les conseils spécifiques de la plagiocéphalie mais utilisait la DCP comme prétexte pour entamer une prévention parent-enfant et rechercher des facteurs aggravants.

D'autre part, les médecins M1 et M5, qui avaient suivi des formations complémentaires via des DU ostéopathiques et pédiatriques, rapportaient que leurs enseignements ne les avaient pas davantage informés sur les DCP du nourrisson ou de façon superficielle.

Les médecins ayant reçu une formation spécifique sur les DCP durant leur carrière semblaient adopter une stratégie thérapeutique au plus proche des recommandations. Néanmoins, les expériences, les longs suivis et les travaux de recherche des autres praticiens pouvaient constituer une base de connaissances assez fiable pour prendre correctement en charge les nourrissons et les parents.

La prise en charge par les médecins est aussi **hétérogène** que leurs représentations. Cette disparité est ressentie chez les parents interrogés par Fanny ROSSELOT (38). Dans son étude, les parents constataient un intérêt variable des médecins pour le sujet avec parfois une banalisation, une information limitée, un manque de temps et un manque de connaissance des professionnels.

Hormis les expériences et les autoformations des médecins, il semblerait qu'un facteur fondamental influencerait sur les représentations et la stratégie thérapeutique des DCP du nourrisson : **la sensibilisation des médecins généralistes**. La sensibilisation est le fait de rendre un groupe réceptif à quelque chose pour lequel il ne manifestait pas d'intérêt.

Les enjeux majeurs à prendre en compte dans la sensibilisation aux DCP est non seulement la prévention au respect de la mobilité libre du nourrisson mais aussi de l'anxiété secondaire croissante des parents que peut susciter les DCP.

2.2 L'attitude des médecins vis-à-vis des parents

Précédemment, nous avons relevé une perception ambivalente des médecins participants vis-à-vis de l'inquiétude des parents au sujet de la plagiocéphalie. Plusieurs médecins relevaient une réelle inquiétude de la part des parents tandis que d'autres ne semblaient pas la ressentir.

Cette anxiété pouvait être liée aux caractéristiques psychosociales des parents et à la relation que les médecins entretenaient avec les parents.

2.2.1 Les facteurs psychosociaux et environnementaux

Les médecins participants ressentaient une anxiété parentale variable en fonction du **parcours des parents**, de leurs **connaissances acquises** suivant le nombre d'enfants et de leur **environnement psycho-social**.

Salliot Perrine (54), dans son étude, relevait que moins de 50% des parents avaient connaissance de la plagiocéphalie postérieure. Deux facteurs influençaient significativement leur compréhension : la participation à des séances de préparation à la parentalité ainsi que le niveau d'étude des parents. Le pourcentage de parents connaissant le sujet augmentait avec le niveau d'étude. En effet, les différences de catégorie socio-professionnelle des parents mettent souvent en lumière les inégalités sociales en matière de connaissance de santé. Le niveau éducatif des parents peut être en faveur d'une meilleure compréhension des consignes données par le corps médical et d'une meilleure maîtrise de la recherche d'informations.

Parmi les facteurs de risque environnementaux cités par la HAS, **un déficit d'interactions** entre le nourrisson et les adultes réduirait les chances de correction de la déformation. En effet, le manque de stimulation n'encourage pas le développement psychomoteur et limite le changement de position du nourrisson.

Les médecins de notre étude évoquaient également l'importance d'enquêter sur les interactions des adultes (parents et mode de garde) avec l'enfant. Les DCP étant favorisées par une position dorsale prolongée, le traitement est d'intervenir le plus tôt possible et de le changer fréquemment de position par la stimulation alternée ou le portage. La non-intervention des adultes peut signifier une certaine négligence qu'il faut dépister.

Au moment de notre étude, la France connaissait une troisième vague de la crise sanitaire due à la COVID-19. Un médecin participant constatait une possible **augmentation de l'anxiété parentale dans le cadre de la pandémie**, non seulement pour les DCP mais aussi pour tout autre sujet concernant les soins du nourrisson.

En effet, dans sa thèse sur l'impact psychologique du confinement en période de pandémie de COVID-19, Anaïs DUSSART (57) retrouvait des scores d'anxiété et de dépression significativement plus élevés chez les femmes âgées de 18 à 50 ans, sans activité professionnelle et avec un bas niveau de scolarité. L'étude montrait une anxiété plus importante pour les veufs et pour les personnes confinées avec enfants.

Ce contexte épidémique inédit a pu influencer le ressenti des médecins concernant l'inquiétude excessive des parents.

2.2.2 Les représentations et vécus des parents

Dans un paragraphe antérieur (Discussion 2.1.1.2), nous avons discuté de la perception des médecins participants concernant l'anxiété majeure des parents par leur représentation surréaliste des DCP avec une surévaluation de la gravité du problème pour laquelle ils développaient une anxiété majeure.

Nous allons aborder ici l'autre versant où les médecins semblaient être peu sollicités par les parents.

2.2.2.1 Une banalisation des DCP

Dans une enquête sur les représentations et le vécu des parents au sujet des plagiocéphalies, Fanny ROSSELOT (38) relevait que la plupart des parents ne connaissaient pas la pathologie et la banalisaient dans un premier temps. Pour certains parents de l'étude, le diagnostic était souvent difficile, ou étonnant. Face à un sentiment d'injustice et une déception d'avoir un enfant malade, les parents appliquaient des stratégies d'adaptation comme le déni (pathologie inexistante et/ou résolue, minimiser l'atteinte par comparaison), la rationalisation (atteinte au second plan par rapport à des pathologies plus graves) ou alors la banalisation devant l'évolution spontanément favorable.

Comme évoqués, le déni, la rationalisation ou la banalisation des parents pouvaient être interprétés comme **une forme de désintéressement** aux yeux des médecins. Connaissant la bénignité des DCP et constatant l'absence de curiosité des parents, les médecins pouvaient à leur tour rendre les DCP banales, sans intérêt à traiter et ainsi rester sur ce mode de pratique.

Le manque de sensibilisation des parents pourrait entretenir le manque de sensibilisation des médecins généralistes et inversement, menant à un **cercle vicieux**.

2.2.2.2 Le non-respect des conseils de positionnement

La persistance d'une DCP bénigne chez le nourrisson pouvait faire supposer aux médecins participants soit une **incompréhension des conseils donnés**, soit une **négligence des parents** par l'inobservance des conseils de positionnement.

Dans l'étude de Simon DUCROCQ (44) un quart des parents rapportaient des éléments montrant qu'ils ne respectaient pas les conseils de prévention de la MIN. En effet, selon Fanny ROSSELOT (38), les conseils de positionnement étaient jugés parfois inutiles, inconfortables pour l'enfant ou difficiles à gérer pour les parents. D'une part, les parents priorisaient le confort de l'enfant en le laissant choisir sa position préférentielle malgré le risque d'aggravation de la plagiocéphalie ou en le voyant se plaindre en position ventrale. D'autre part, l'application de ces conseils nécessitait une certaine rigueur augmentant la charge de travail des parents qui avait pour conséquence un épuisement parental.

Le non-respect des consignes suscitait une indifférence de la part des médecins participants qui n'engageaient pas d'affect sur la responsabilité des parents, en dépit de la déformation crânienne que subissait le nourrisson.

Pour comprendre cette **attitude apathique** des médecins, il nous faut décrypter la relation médecin-malade. C'est une relation interpersonnelle dans laquelle interviennent des processus complexes de transfert et de contre-transfert. Avec la loi du 4 mars 2002, obligeant à l'information éclairée et à l'accès au dossier médical, la relation médecin-malade a évolué d'une position médicale paternaliste inégalitaire (le médecin sait et décide) à une relation autonomiste dans laquelle le patient devient plus autonome comme sujet libre et pensant, participant aux prises de décisions.

Le contre-transfert désigne l'influence des mouvements affectifs du malade sur les sentiments inconscients du médecin. Un contre-transfert positif permet une relation médecin-malade de qualité, le développement d'une empathie et une action thérapeutique efficace. Un contre-transfert négatif induit une agressivité du soignant qui peut frustrer le malade et induire un échec de la relation. De même, une absence de contre-transfert tend à susciter une froideur du soignant qui nuit à la qualité de soins (58).

L'absence de contre-transfert serait un **mécanisme de défense** utilisé par les médecins participants afin de les préserver d'un contre-transfert négatif et de se déresponsabiliser du choix des parents. Cependant, elle a pour conséquence une prise en charge non-optimale des DCP. C'est pourquoi la froideur des médecins ressentie par les parents peut être interprétée comme un manque d'écoute et d'empathie de la part du praticien à l'égard de leur nourrisson.

2.2.2.3 Confusion avec la prévention de la MIN

Selon Simon DUCROCQ (44), le décubitus ventral pendant l'éveil est un point clé dans la prévention des DCP. Or, la position ventrale n'est pas recommandée dans le cadre de la prévention de la MIN. Une surinterprétation des consignes de couchage de la part des parents peut donc limiter la position ventrale en éveil. 12 % des parents n'avaient jamais eu l'occasion de positionner le nourrisson sur le ventre pendant les 6 premiers mois de vie, redoutant la MIN.

Dans une autre étude menée par Laura LASCAUD (53), 95% des couples estimaient qu'il n'existait aucune contradiction entre les conseils de prévention de la plagiocéphalie et d'autres conseils qui pourraient être donnés pour leur enfant. Or, 5% trouvaient qu'il existait une contradiction avec les conseils de prévention de la MIN.

En ce qui concernait les consignes de couchage, les médecins de notre étude retrouvaient un questionnement des parents sur la recommandation du couchage dorsal. Il peut donc exister un **risque de confusion** et de remise en cause des conseils de couchage. Pourtant, les médecins participants étaient formels quant aux recommandations de la prévention de la MIN. Les préventions pour la MIN et celles pour les DCP doivent être complémentaires.

2.2.3 Les sources d'informations des parents

2.2.3.1 Le manque d'information par le corps médical

Les médecins participants supposaient que l'anxiété des parents pouvait provenir d'un manque d'informations de la part des professionnels qui gravitent autour de la femme enceinte, notamment **en maternité** et probablement par manque de temps. Les participants souhaitaient une meilleure délivrance des informations concernant les DCP dès la maternité et en prénatal (préparation à l'accouchement et aux soins de l'enfant).

En effet, d'après Camille VALTEAU (55), le principal frein cité par les professionnels de santé en maternité était le manque de connaissances. En deuxième position, certains avouaient ne pas penser à donner de message de prévention sur ce sujet et d'autres ne jugeaient pas nécessaire de donner des conseils de prévention sur cette pathologie.

La HAS (16) recommande que les mesures de prévention soient expliquées dès la période anténatale, lors du séjour en maternité et durant les premiers mois de vie. Tous les professionnels intervenant auprès des nourrissons et leurs familles doivent connaître ces mesures de prévention.

Les professionnels impliqués dans le suivi des nourrissons et de leurs parents sont nombreux. Perrine SALLIOT (54), dans son mémoire, relatait que les parents avaient reçu plus d'informations sur la plagiocéphalie par les sages-femmes que par les médecins ou les pédiatres. Selon Simon DUCROCQ (44), la prévention primaire et secondaire de la part des médecins généralistes auprès des parents n'était pas satisfaisante.

En effet, la pratique des médecins de notre échantillon était disparate concernant la prévention. Seuls trois praticiens informaient les familles en amont de la survenue d'une DCP tandis que la majorité n'intervenait **qu'après l'apparition** de la déformation et d'autres ne délivraient pas de conseils ou bien qu'à la demande des parents.

Le manque d'informations, de prise en charge précoce et d'orientation des parents vers des professionnels qualifiés entraînaient un **sentiment d'abandon**, les menant à rechercher eux-même des informations par d'autres moyens (38).

2.2.3.2 La mésinformation par les médias

Les médecins participants trouvaient de nombreuses informations à destination des parents, principalement par les **médias d'internet**. Les médecins déploraient l'abondance d'informations non validées scientifiquement. De nombreuses dérives commerciales et forums auraient émergé en réponse à la **demande croissante** des parents.

Des études montraient que les médias étaient le principal réseau d'information des parents, devançant même l'information reçue par les professionnels de santé (54). L'entourage viendrait en seconde place (44). Selon Fanny ROSSELOT (38), les médias relayés par internet ou dans des émissions télévisées permettaient aux parents de se renseigner facilement et de se rassurer avant de consulter un avis professionnel. Cependant, les familles ne se tournaient pas forcément vers une

littérature savante et leurs recherches affluaient vers des informations peu pertinentes, redondantes et chronophages.

Cette mésinformation médiatique ajoutée à des avis contradictoires ou insuffisants de la part des professionnels de santé peuvent être **anxiogènes** pour les parents. Dans son étude, Simon DUCROCQ (44) a retrouvé un lien statistiquement significatif entre le sentiment de manque d'information et l'inquiétude des parents répondants ($p < 0.0001$). Cette inquiétude peut provoquer la recherche d'un traitement à tout prix de la part des parents chez des enfants n'en ayant pas le besoin.

Nous pouvons donc comprendre cet antagonisme entre des médecins plutôt sereins ou indifférents et des parents inquiets voire angoissés devant une DCP bénigne.

2.2.3.4 L'ostéopathe comme meilleur informateur

Certains de nos médecins participants affirmaient ne pas avoir eu besoin d'informer davantage les parents car ceux-ci avaient **consulté d'eux-mêmes** un ostéopathe.

D'après Perrine SALLIOT (54), les professionnels qui informaient davantage les parents sur les DCP était l'ostéopathe. En effet, 40% des parents déclaraient avoir eu spontanément des informations sur la plagiocéphalie postérieure par un ostéopathe.

De plus, plusieurs médecins interrogés dirigeaient les parents **précocement vers un ostéopathe** dès qu'une plagiocéphalie apparaissait ou bien avant même son apparition.

Bien que les professionnels de santé avaient une bonne connaissance globale des DCP et des conseils à donner, l'étude de Clara CASTELLO (42) affirmait que les ostéopathes semblaient avoir les meilleures connaissances sur les signes diagnostiques, les conséquences à long terme et les moyens de prévention.

2.2.4 L'alliance thérapeutique

2.2.4.1 La réassurance et une attitude empathique

Dans l'étude de Fanny ROSSELOT (38), les parents voulaient être rassurés, écoutés, entendus et pris au sérieux par les médecins. Ils souhaitaient que la pathologie soit abordée au cours des consultations, que les professionnels y accordent du temps et que l'information soit répétée.

Les médecins de notre étude décrivaient une attitude rassurante et semblaient avoir une **écoute empathique et bienveillante** envers les familles. Ils avaient le sentiment d'établir un dialogue constructif avec les parents. Camille VALTEAU (55) affirmait que l'information orale du médecin était perçue comme fiable par les parents.

Selon les questions préoccupantes des parents, les praticiens cherchaient à approfondir l'origine de l'angoisse des patients, les facteurs psycho-sociaux et leur environnement familial. Cette **approche centrée sur le patient** permet une meilleure satisfaction des parents et une qualité supérieure des soins (59).

Face à la persistance d'une DCP, les médecins participants sensibilisés sur le sujet veillaient à la bonne compréhension des consignes données et à les répéter à chaque consultation de suivi. La bonne compréhension des consignes passait par une explication de la physiopathologie et par la **sensibilisation des parents** comme principaux intervenants dans la correction de la plagiocéphalie.

2.2.4.2 Le rôle du médecin généraliste

D'après l'étude de Camille VALTEAU (55), même si la prévention des DCP devrait être initiée en maternité, celle-ci devrait être poursuivie avec les professionnels qui assureront le suivi médical de l'enfant. Par conséquent, les médecins généralistes sont également concernés par cette prévention.

Les médecins généralistes participants s'acquittaient d'un **rôle essentiel** dans la prévention, la prise en charge et le suivi des DCP. Ils se décrivaient également comme le coordinateur entre tous les professionnels, le partenaire des parents dans une alliance thérapeutique et le modérateur pour orienter vers un autre professionnel s'il le jugeait nécessaire.

Dans un souci d'une **prévention dite quaternaire**, un médecin insistait sur le risque de sur-prescription concernant les soins pour les DCP.

D'après l'étude de Clara CASTELLO (42), une très grande partie des professionnels de santé (60 sur 70 réponses), orientait vers un autre professionnel et essentiellement vers un ostéopathe. En effet, des médecins de notre étude considéraient que les autres professionnels de santé avaient un rôle plus important à jouer dans le traitement des DCP que le médecin généraliste.

2.3 La place des autres professionnels de santé

Pour les médecins participants, le recours à d'autres professionnels de santé dans la prise en charge des DCP du nourrisson était évoqué qu'en seconde intention, c'est-à-dire qu'après l'échec des conseils de positionnement. Toutefois, des médecins orientaient rapidement vers un ostéopathe ou un kinésithérapeute en cas de torticolis du nourrisson ou de troubles de la mobilité cervicale.

2.3.1 La controverse de l'ostéopathie

Que leur avis soit favorable ou non, tous les médecins participants avaient spontanément abordé le sujet de l'ostéopathie en raison de la **forte demande des parents**. En effet, les parents déclarent avoir tendance à aller voir plus spontanément un ostéopathe qu'un kinésithérapeute. 72% des parents sont allés voir spontanément un ostéopathe en première intention (54).

Les médecins avaient notion d'une discipline encore décriée actuellement en France. **Leurs avis étaient partagés** sur les bénéfices de l'ostéopathie sur les DCP du nourrisson. Parmi les bénéfices apportés, certains rapportaient observer une amélioration de l'aplatissement de la tête sans pouvoir la confirmer par imputabilité du temps. Les médecins supposaient que l'ostéopathe avait davantage de temps à accorder aux parents pour rappeler les conseils, veiller à la compréhension des consignes et surtout à les rassurer.

D'autres médecins exprimaient des réserves à leur égard en raison de l'absence d'études scientifiques concernant l'efficacité de l'ostéopathie et l'hétérogénéité des pratiques.

Enfin, quelques participants semblaient s'opposer aux manipulations crâniennes, les estimant potentiellement dangereuses. En effet, selon une étude, 74% des pédiatres et 49% des médecins généralistes ne conseillent pas l'ostéopathie en cas de plagiocéphalie (54).

2.3.1.1 Une évaluation débutante

En France, l'ostéopathie a été pratiquée et enseignée à partir des années 1950, au début via des thérapeutes qui s'étaient formés au Royaume-Uni. La reconnaissance de l'ostéopathie par le droit Français est encore récente (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002). Le décret n°2007-437 du 25 mars 2007, relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation, a permis aux personnes formées d'obtenir le titre "DO" qui signifie diplômé(e) en ostéopathie. 14 facultés de médecine sont habilitées en France à délivrer l'enseignement supérieur conduisant à un DIU ou DU aux médecins titulaires d'une thèse de doctorat en médecine, qu'il soit généraliste ou spécialiste, reconnu par l'Ordre des médecins.

Étant un **domaine croissant** tant par la demande des patients que des médecins en France, de nombreuses études ont été réalisées.

- D'après Djamel HADDADI (60), l'ostéopathie était jugée efficace par 44,5% des médecins répondants, et 59,8% l'utilisaient car elle permettait une **épargne médicamenteuse**. Afin de pouvoir proposer davantage de traitement ostéopathique dans leur arsenal thérapeutique, 43,9% des répondants espéraient plus de publications scientifiques, et 40,9% réclamaient un meilleur encadrement de la formation des ostéopathes.

- Philippine DUPRE-VIGNAUD (61) montrait que 77% des médecins généralistes non diplômés d'ostéopathie adressaient leurs patients chez l'ostéopathe, tous motifs confondus. Les facteurs influençant la prescription étaient la possession d'un diplôme de médecine alternative, les connaissances ostéopathiques, le ressenti, l'efficacité prouvée et la validité scientifique de cette discipline.
- Selon Rachel BINSON (62), la méconnaissance de l'ostéopathie n'est pas le seul frein à sa prescription. Les freins à la prescription sont complexes et intriqués. Le souhait des médecins d'être informé sur l'ostéopathie était unanime.

Dans un article sur la place de l'ostéopathie dans la correction des déformations crâniennes du nouveau-né et du jeune enfant, C.Amiel-Tison et E.Soyez-Papiernik (63) expliquent que l'ostéopathie est d'abord une palpation diagnostique qui identifie les sutures dont la mobilité est limitée ou absente, secondaire à des postures anormales. C'est ensuite un temps thérapeutique qui cherche à rendre une mobilité aux sutures contraintes, par différentes manoeuvres douces qui prennent appui sur les parties les plus résistantes du crâne. La déformation crânienne faisant partie d'une séquence déformative, son traitement s'étend à la colonne vertébrale, au bassin et aux membres inférieurs.

Les deux indications sont les déformations crâniennes foetales sévères dès la naissance et celles qui s'aggravent au cours des premiers mois de la vie malgré la prise en charge classique (échec de la kinésithérapie).

Dans cette logique, le SFDO (Syndicat Français Des Ostéopathes) (64), affirme que tous les nouveau-nés subiraient de fortes contraintes, lors de l'accouchement, altérant parfois la mobilité des os du crâne. Une intervention ostéopathique permettrait de prévenir ou de soigner différents symptômes fréquents chez les nourrissons en cas de plagiocéphalie (déformation du crâne), colique, régurgitation, nervosité, apathie, trouble du sommeil, pleurs importants, difficulté à tourner la tête, affection ORL, difficulté à s'alimenter, etc.

l'INSERM, dans une évaluation sur les risques attribués au traitement ostéopathique des nourrissons (40), n'a pas relevé d'incident attribué aux techniques ostéopathiques sur des nourrissons. Cependant, dans leur conclusion, il est rappelé que des événements indésirables rares mais graves peuvent survenir lors de manipulations des vertèbres cervicales

De ce fait, afin de prévenir de certains troubles de la mobilité du nouveau-né, les médecins partisans de l'ostéopathie dirigeaient les parents vers un ostéopathe. Un médecin participant invitait **systématiquement** les parents à emmener leur nourrisson consulter un ostéopathe dès la naissance.

La HAS rappelle qu'actuellement, **aucune donnée scientifique** ne permet de recommander l'ostéopathie mais qu'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 (16).

Gianni Marangelli (65), ostéopathe pédiatrique à Lyon, membre du SFDO, et membre du groupe d'experts qui a réalisé la fiche mémo des recommandations de la HAS, reste optimiste et précise que : *“L'utilisation du terme « Actuellement » montre bien que la tendance peut évoluer. La porte nous est donc ouverte.”* En effet, bien que les résultats cliniques actuels ne suffisent pas à

conclure sur l'efficacité des manipulations, la mention de l'ostéopathie dans les recommandations semble **prometteuse** et encourage les ostéopathes à mener des études plus rigoureuses.

Concernant l'évaluation de l'efficacité de l'ostéopathie, bien que certaines recherches ont montré un intérêt modeste en addition d'une prise en charge habituelle, les études présentent de réelles **limites méthodologiques** par difficulté logistique et humaine (pas de randomisation en double aveugle, critère d'efficacité subjectif...), exigées par des protocoles d'Evidence-Based Medicine (40).

En somme, à un moment où l'ostéopathie n'a pas encore eu le temps de structurer sa recherche scientifique, cette discipline intéresse déjà un grand nombre de patients par ses réponses non chirurgicales et non médicamenteuses à des troubles fonctionnels fréquents, notamment pour les nourrissons. Malheureusement l'observation d'une efficacité clinique reste difficilement quantifiable. Elle est donc hautement attendue par la population générale et doit faire ses preuves dans le monde médical.

2.3.1.2 La surmédiation de l'ostéopathie

Alors que l'ostéopathie n'a pas encore démontré son efficacité, ce domaine attire beaucoup de parents et de professionnels de santé par son large éventail d'action à tout âge.

Une étude montrait que 69% des médecins ostéopathes et 30% des médecins non ostéopathes pensaient que l'ostéopathie aurait toute sa place dans le système de soins et que le rôle du médecin généraliste serait de la promouvoir (61).

De même, 91% des sage-femmes conseillent d'aller consulter un ostéopathe en cas de plagiocéphalie postérieure (54).

Les professionnels de santé orientaient donc massivement les parents vers un ostéopathe assurant l'émancipation de cette discipline. En effet, dans les années 2000, au moment de la reconnaissance de l'ostéopathie parmi les thérapies conventionnelles parallèles à la médecine, la prévalence de la plagiocéphalie augmentait dans le même temps. Il est possible que l'**absence de recommandations** de prévention **et de sensibilisation** des médecins aux DCP ait pu permettre à l'ostéopathie de trouver sa place dans le traitement des plagiocéphalies.

Des médecins participants affirmaient que le fait de diriger les nourrissons vers un professionnel qui consacrerait sa consultation à la plagiocéphalie, permettait de **rassurer les parents** d'une part et de **décharger le médecin** d'une problématique moins importante concernant le suivi de l'enfant d'autre part. Des praticiens supposaient également l'**effet placebo** de l'ostéopathe par son toucher, son écoute empathique auprès des patients et sa prise en charge globale.

L'engouement d'un traitement manuel et conseillé par le corps médical a pu entraîner une **promotion prédominante** de l'ostéopathie dans la prise en charge des DCP tant par le bouche-à-oreille que par les médias.

Selon les médecins participants, la surmédiation de l'ostéopathie serait également délivrée **en maternité**. Plusieurs patients rapportaient la présence d'un ostéopathe en maternité et la consigne donnée par l'équipe hospitalière de consulter un ostéopathe à la sortie de la maternité.

D'après C.Amiel-Tison et E.Soyez-Papiernik, l'ostéopathie dite préventive en maternité n'est pas justifiée (63). Dans le rapport de l'INSERM, les ostéopathes DO, qui ne sont ni médecin, ni kinésithérapeute, ni infirmier, ni paramédical, n'ont pas à ce jour de statut pour exercer à l'hôpital public (statut au sens du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière). Ceux qui travaillent dans les hôpitaux le font à titre gratuit dans certains services cliniques ou bien dans le cadre de conventions de stage de formation ou dans le cadre de protocoles de recherche clinique (40).

2.3.2 La méconnaissance de la kinésithérapie

Dans l'ensemble, les médecins participants connaissaient l'indication de la kinésithérapie en cas de **torticolis du nourrisson**. Selon Perrine SALLIOT (54), les pédiatres seraient plus nombreux (72%) que les médecins généralistes (53%) et les sage-femmes (56%) à penser que la plagiocéphalie postérieure peut se résoudre avec des séances de kinésithérapie.

Cependant, les prescripteurs n'avaient **pas connaissance de leur prise en charge**. Les médecins souhaitaient être mieux informés de leur approche afin de faciliter l'orientation. De plus, la méconnaissance des kinésithérapeutes ne permettait pas d'alimenter leur réseau professionnel. Le kinésithérapeute était donc moins connu des médecins généralistes dans le traitement des DCP.

2.3.3 Un avis spécialisé en dernier recours

Qu'ils aient recours ou non à des thérapies complémentaires, les médecins participants réservaient un **avis ultime** auprès des pédiatres ou chirurgiens spécialisés dans des structures spécifiques pour les cas les plus extrêmes ou persistants, dont le traitement serait l'orthèse ou la chirurgie.

Clara CASTELLO (42) affirme dans son étude que les professionnels de santé (ostéopathes et kinésithérapeutes inclus) orientaient les plagiocéphalies persistantes vers un pédiatre ou vers un centre de soin spécialisé en orthèse crânienne.

Par ailleurs, parmi les médecins participants, certains exposaient des **avis sceptiques au sujet des casques**. Selon les recommandations, l'orthèse crânienne est indiquée en cas d'échec des traitements ou si la plagiocéphalie est d'emblée sévère. Le but du casque est de réorienter la croissance crânienne afin d'obtenir un crâne plus symétrique. Elle est prescrite par des chirurgiens orthopédistes pédiatriques en centre de référence (16).

2.4 Les freins à la prévention et à la prise en charge des DCP

Pour résumer, les éventuels freins à la prévention et au traitement des DCP par les médecins généralistes sont :

- **Le manque de formation** : Les DCP ne sont pas enseignés lors de la formation initiale. La méconnaissance des facteurs de risque et des diagnostics différentiels ne permettent pas une prévention suffisante de la plagiocéphalie.
- **L'absence de classification du niveau de la déformation** : le diagnostic clinique et visuel repose sur l'avis subjectif de l'examineur qui ne peut précisément déterminer un seuil de gravité.
- **Une prise en charge aussi hétérogène que leurs représentations** : une représentation négligée des DCP du nourrisson aboutit à un retard de prise en charge, augmentant l'inquiétude parentale.
- **Le transfert et le contre-transfert avec les parents** : l'inobservance des parents peut conduire à l'indifférence des médecins généralistes.
- **La mésinformation par les médias** : l'abondance de dérives commerciales et des forums ne permettent pas une information claire et savante.
- **Le manque de collaboration entre les professionnels de santé** : Un maigre réseau et l'absence de compte-rendu ne permettent pas aux médecins d'être tenus informés de leur avis et de prendre connaissance de leur prise en charge. Ce retour permettrait d'améliorer la connaissance du sujet par les médecins généralistes par expérimentation partagée.

Plusieurs études relataient un manque de connaissances des médecins sur les DCP. Par conséquent, une prévention primaire et secondaire insuffisante provoque une anxiété majeure des parents et un désir de formation par les médecins généralistes au sujet des DCP (10,14,15,18).

Notre étude retrouve des éléments correspondant aux conclusions des études antérieures. Elle a surtout permis d'analyser les comportements des médecins participants et de mettre en lumière que leurs expériences et leurs vécus peuvent être à l'origine d'une représentation intrinsèque des DCP et ainsi influencer sur leurs pratiques. De ce fait, il semblerait que la sensibilisation en amont serait un facteur déterminant dans les connaissances et les pratiques des médecins.

Notre objectif secondaire était de dégager des solutions et de trouver des moyens pour sensibiliser les médecins généralistes à la prévention des DCP du nourrisson.

3. Les perspectives

Selon Joël Cadière (46) : “Entre Action et Expérience, la Mémoire est le palier constitutif du passage”. Entretenir les connaissances et maintenir les efforts de sensibilisation au fil du temps peuvent permettre de rappeler aux professionnels de santé la nécessité de dépister et de prévenir les DCP. Cela permettra de mieux préparer les parents aux gestes à adopter pour respecter la motricité libre de l'enfant et d'anticiper leur inquiétude sur l'éventuelle survenue d'une plagiocéphalie.

3.1 La médiatisation de la prévention

3.1.1 Le carnet de santé

L'article 2132-1 du Code de la santé publique permet à tous les enfants de bénéficier gratuitement d'un carnet de santé lors de la déclaration de naissance. Il est le plus souvent délivré par la maternité aux parents des nouveau-nés. C'est aussi un support utile et accessible à tous les parents qui souhaitent trouver des conseils de prévention à chaque étape importante de la croissance de leur enfant.

Les médecins participants aimeraient retrouver **un article simple et illustré** dans le carnet de santé, mentionnant les DCP sur les pages de conseils ou une ligne à cocher sur les pages correspondant aux examens obligatoires du suivi de l'enfant. Cette proposition a été citée dans plusieurs thèses de médecine et mémoires en maïeutique. Les médecins et les parents souhaiteraient y trouver une information claire et concise pour rassurer, déculpabiliser les parents et rappeler les principaux conseils (38,43,54). Une illustration ludique permettrait d'appuyer les propos et d'aider à la compréhension des consignes.

Ce carnet de santé permet également à chaque professionnel de santé de noter l'observation du suivi de l'enfant et ainsi d'en faire un carnet de liaison entre les professionnels. Il serait un bon support de communication entre les différents intervenants et les parents.

3.1.2 Un plan de soins

Parmi les solutions d'optimisation de prévention, des praticiens désiraient trouver les grandes lignes de prise en charge sur des supports **rapidement consultables**, illustrés par des photos de déformation crânienne et d'un **arbre décisionnel**.

Inspiré du schéma de Simon DUCROCQ (44), une proposition de prise en charge peut être présentée comme ci-dessous (Figure 10) :

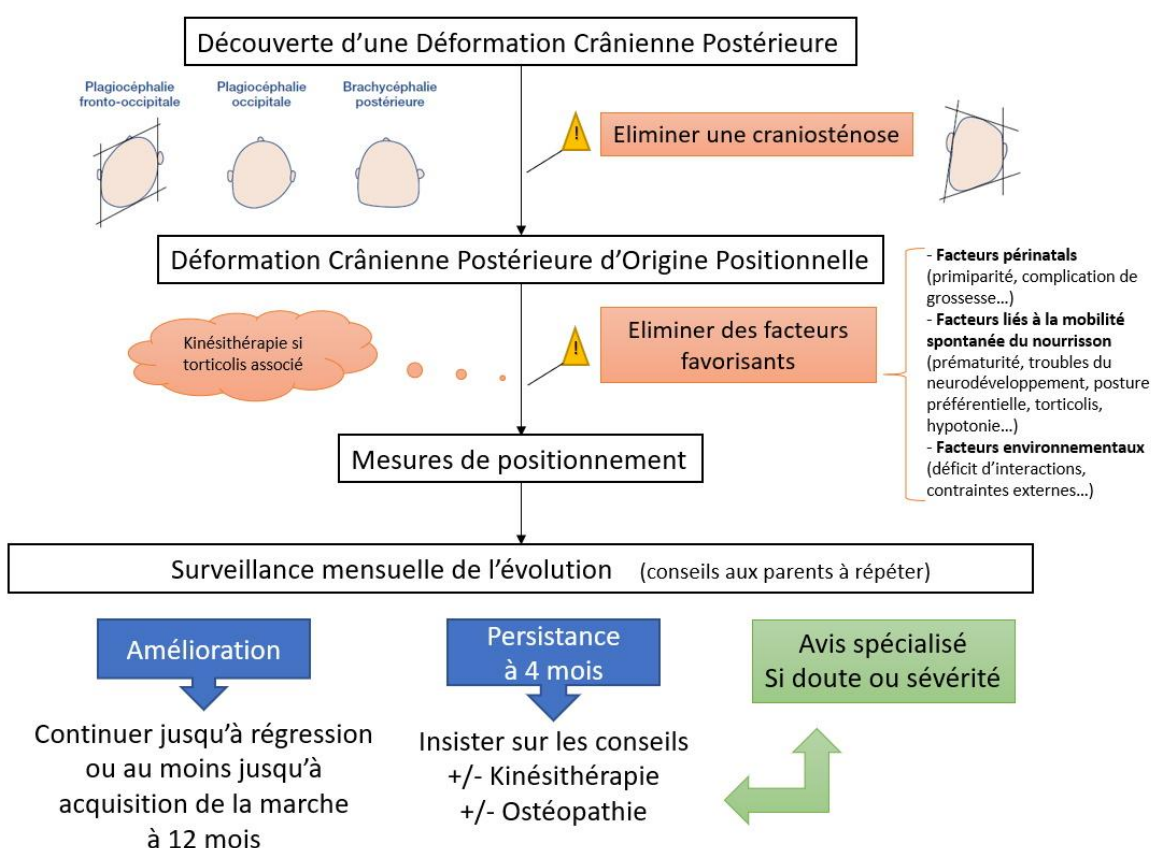


Figure 10. Proposition d'un arbre décisionnel pour la prise en charge des DCP

Afin d'aider à l'orientation, **un carnet d'adresse** joint à cet arbre décisionnel répertoriant tous les centres spécialisés de la région permettrait d'adresser rapidement l'enfant en cas de doute ou de sévérité. Des applications pourraient être développées afin de faciliter l'évaluation clinique et le suivi.

Dans sa fiche mémo (5), la HAS a mis en lien le site www.tete-cou.fr référant tous les centres de maladies rares de la filière Tête-Cou, en France, dont le **réseau CRANIOST** concernant spécifiquement les craniosténoses et les malformations cranio-faciales.

3.1.3 Un plan de sensibilisation

En décembre 2020, la HAS a publié une fiche pratique à destination des parents dans le cadre de la prévention de la plagiocéphalie avec des conseils simples et illustrés (66).

Cependant, des médecins participants déconseillaient la multiplication des plaquettes de prévention en raison d'un trop grand nombre d'informations à assimiler pour les parents dès la maternité. En effet, le mémoire de fin d'études d'une sage-femme portant sur l'impact de la diffusion d'une plaquette de prévention de la plagiocéphalie (67) avait montré que les jeunes mères trouvaient ce support intéressant mais que leurs connaissances n'étaient pas meilleures pour autant. Les parents souhaitent également une **information orale** par le médecin (38).

Un des moyens de sensibilisation serait de mettre au point **un plan de sensibilisation**. Il consiste à influencer des populations cibles pour provoquer un changement. L'OMS (68) a publié un « guide pratique pour une sensibilisation réussie » dans le cadre d'une campagne de prévention sur l'épidémie mondiale de maladies chroniques, établi en plusieurs étapes. Nous pouvons tenter de reprendre ce plan comme modèle et l'appliquer aux DCP du nourrisson :

1°/ Définir la situation :

- Depuis la mise en place de la prévention de la MIN par l'instauration du couchage dorsal strict, dans les années 1990, on observe une forte diminution de la MIN. Cependant, dans le même temps est apparue une augmentation significative des cas de plagiocéphalies chez les nourrissons provoquant une inquiétude majeure des parents à la vue d'une déformation crânienne de leur enfant.
- Une remise en question du couchage dorsal est un risque crucial pour la vie du nourrisson et ravive un problème majeur de santé publique.
- La méconnaissance des conseils positionnels augmente l'anxiété des parents qui recherchent à tout prix des thérapies non conventionnelles.
- Des objets de contention à visée « anti-tête plate » sont coûteux et, contrairement à leur nom, peuvent aggraver les déformations crâniennes et augmenter le risque de MIN.

2°/ Fixer le but et les objectifs :

- *But* : Prévenir les DCP sans remettre en question le couchage dorsal et éviter la MIN.
- *A court terme* : Rassurer et déculpabiliser les parents en les formant sur les mesures de positionnement le plus tôt possible.
- *A long terme* : Favoriser la motricité libre et le bon développement de l'enfant.

3°/ Définir les publics cibles :

- Les familles de toutes catégories socio-professionnelles, et en particulier les familles jeunes.
- Les leaders des professionnels de santé, les associations de formations, le ministre de la santé et de l'éducation.
- A petite échelle : la médecine libérale, les PMI, les maternités...

4°/ Concevoir les principaux messages à faire passer auprès du public cible :

- La MIN est évitable.
- Le couchage dorsal n'est pas la seule cause des Déformations Crâniennes Positionnelles.
- La prévention des DCP est complémentaire à la prévention de la MIN.
- Les recommandations de positionnement sont simples, applicables et économiques.

5°/ Mettre au point et appliquer un plan de sensibilisation :

- *Méthodes de communication auprès des médecins* : sensibiliser les médecins dans les congrès de médecine générale et de pédiatrie, les formations continues, les revues médicales, enseignement en faculté de médecine. Faire connaître les recommandations de la HAS, répondre aux idées reçues, montrer les différents objets du quotidien des familles qui limitent la motricité libre de l'enfant...
- *Méthodes de communication auprès des parents* : sensibiliser les familles par des spots publicitaires, des témoignages de parents, en maternité, en PMI, en médecine libérale...
- Une affiche avec des illustrations marquantes ou ludiques

6°/ Susciter l'intérêt des médias :

- Il serait judicieux de communiquer à l'occasion d'événements annuels, comme aux journées mondiales de la Santé ou de l'Enfance.
- L'intervention de pédiatres sur des émissions de santé à destination des parents (Les Maternelles, Le Magazine de la Santé...), dans les magazines à destination des futurs parents, du jeune public, etc, pourrait permettre de sensibiliser un plus large public grâce à des témoignages de familles.
- Création d'un site web de référence sur les DCP, rédigé par des médecins dont des pédiatres (Mpedia, association LE LIEN, PEDIADOC...)

7°/ Suivi, évaluation et instruments utiles :

- Mesurer l'efficacité : vérifier les chiffres de santé publique et d'épidémiologie sur les MIN et DCP
- Faire des enquêtes d'opinion, des études de marché des objets de contention...

Ce plan de sensibilisation ne peut être réalisé que par un groupe organisé ou par un organisme. Il s'agit là de rendre compte que des actions de sensibilisation sont possibles en visant un large public au sujet de la prévention de la MIN et des DCP.

3.2 La formation

3.2.1 La formation initiale et continue

Philippe BORGNE (50), dans sa thèse publiée en 2014, relevait que 17% des médecins ne faisaient pas la différence entre plagiocéphalie postérieure positionnelle et craniosténose. Les causes et facteurs de risques n'étaient que partiellement connus des médecins généralistes. De ce fait, seulement 65% recherchaient un torticolis associé et 26% adressaient vers un confrère compte tenu du manque de connaissance. Dans la thèse d'Anaëlle LETANOUX (47), publiée en 2020, 90% des médecins généralistes affirmaient qu'ils manquaient de formation.

Ces études montrent qu'il persiste une **absence d'enseignement** des DCP du nourrisson en formation initiale. La **création d'un item** à la guidance parentale avec la prévention de la MIN et des DCP dans la formation à la pédiatrie des étudiants en médecine pourrait initier le changement.

Les médecins participants souhaitaient également de **meilleures connaissances des pratiques des kinésithérapeutes et des ostéopathes** afin d'instaurer une relation de confiance et d'améliorer leur collaboration. Selon Philippine DUPRÉ-VIGNAUD (61), les médecins généralistes étaient, dans l'ensemble, favorables à l'ostéopathie et désireux de se former dans ce domaine.

Enfin, des **formations continues** seraient nécessaires à la mise à jour et à la pérennisation des connaissances des médecins généralistes. Les formations favoriseraient l'optimisation de la prise en charge grâce à une meilleure sensibilisation aux facteurs de risque des DCP et une approche ciblée sur les parents.

3.2.2 Le travail de recherche informatique

L'informatisation médicale est devenue un outil essentiel à la pratique de la médecine libérale. La maîtrise de la recherche médicale sur internet est désormais fondamentale à l'accès aux connaissances savantes et à la formation continue du médecin généraliste.

De nombreux sites se développent pour apporter des outils médicaux toujours plus accessibles et simplifiés dans la DCP. Les sites les plus fiables pourraient bénéficier de certifications à l'instar du HONcode (code de déontologie de la Health On The Net foundation pour l'information médicale sur internet (69)) ou de partenariat avec des organismes référents tels que la HAS ou les sociétés savantes pour gagner en visibilité. Par ailleurs l'**affichage des logos de certification** ou ces organismes sur les sites internet traitants de la DCP permettront aux patients et aux médecins de trier plus facilement les informations .

Une **formation à la recherche informatique** permettrait aux médecins de savoir où rechercher la bonne information, actualisée et au moment désiré. Il serait intéressant d'étudier comment les médecins se forment à l'informatique médicale et comment améliorer leurs travaux de recherche.

V. CONCLUSION

Les Déformations Crâniennes Positionnelles sont des déformations bénignes du crâne à type d'aplatissement, secondaires à la restriction de la motricité libre et spontanée du nourrisson. Elles peuvent entraîner une asymétrie cranio-faciale plus ou moins sévère. Elles sont rectifiables par des mesures de positionnement, simples et faisables, qui favorisent la motricité libre et spontanée de l'enfant. Une prise en charge complémentaire peut être réalisée par la kinésithérapie, l'ostéopathie ou une équipe pédiatrique spécialisée.

Notre étude a permis de montrer que les représentations des médecins participants étaient aussi hétérogènes que leurs pratiques. De la représentation d'une pathologie sans traitement efficace à un aspect banal et négligeable, l'attitude des médecins généralistes pouvait être empathique et bienveillante mais aussi interrogatrice et parfois indifférente. La prévention des DCP, tantôt primaire tantôt secondaire voire absente, n'était pas forcément associée à un manque de connaissances des DCP de la part des médecins.

Plusieurs freins limitaient les médecins généralistes à améliorer la prévention des DCP : le manque de formation, l'absence de classification du niveau de gravité des DCP, des représentations hétérogènes des DCP, la relation parent-médecin, la mésinformation par les médias et le manque de collaboration entre les professionnels de santé. Au-delà de ces freins, l'attitude et les pratiques des médecins généralistes semblaient dépendre de la sensibilisation que les médecins avaient pu retenir de leurs expériences passées.

Des campagnes de sensibilisation sur les DCP seraient donc déterminantes pour encourager les médecins généralistes à la prévention primaire et secondaire des DCP. Elles permettraient également d'anticiper l'anxiété parentale autour de la MIN et des DCP. Des médecins et des parents mieux informés pourront ainsi agir en amont, diminuant ainsi le risque de laisser se développer une DCP, tout en respectant la recommandation du couchage dorsal.

La sensibilisation sur les DCP passe également par un enseignement dans la formation initiale et continue des médecins. De plus, des conseils de prévention simples et illustrés figurant dans le carnet de santé seraient un moyen adapté et accessible pour tous les parents et les médecins désirant se renseigner. Une notification des DCP dans l'onglet des examens réguliers du nourrisson serait un procédé utile pour rappeler la prévention des DCP à chaque consultation de suivi et favoriserait également la collaboration entre les professionnels de santé.

Le travail de recherche sur les plateformes informatiques est aujourd'hui fondamental à la formation continue des médecins. Il serait intéressant d'étudier l'impact du travail de recherche de connaissances sur internet par les médecins généralistes.

Bibliographie

1. Kane AA, Mitchell LE, Craven KP, Marsh JL. Observations on a recent increase in plagiocephaly without synostosis. *Pediatrics*. juin 1996;97(6 Pt 1):877-85.
2. 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)*. juin 2019;161(6):1095-8.
3. Sommelet PD. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. :950.
4. ONDPS. Compte-rendu de l'audition des Pédiatres du 4 novembre 2009. [Internet]. [cité 11 juill 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte_rendu_de_l_audition_des_Pediatres_du_4_novembre_2009.pdf
5. HAS. Fiche mémo - Prévention des déformations crâniennes positionnelles et mort inattendue du nourrisson. Février 2020. [Internet]. [cité 9 juill 2021]. Disponible sur: https://www.tete-cou.fr/medias/fichiers/fiche_memo_has_prevention_des_deformations_cra_nienne.pdf
6. Cranioform. Comment reconnaît-on une déformation positionnelle de la tête ? [Internet]. Cranioform. 2021 [cité 10 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.cranioform.de/fr/pour-les-parents/diagnostic.html>, <https://www.cranioform.de/fr/pour-les-parents/diagnostic.html>
7. Kajdic N, Spazzapan P, Velnar T. Craniosynostosis - Recognition, clinical characteristics, and treatment. *Bosn J Basic Med Sci*. mai 2018;18(2):110-6.
8. Renier D, Le merrer M, Arnaud E, Marchac D. Étiologie des craniosténoses. *Neurochirurgie*. juin 2006;52(2-3):228-37.
9. Khonsari R, Charlier P, Corre P, Salagnac JM, Cabanis EAM, Mercier JM, et al. Les déformations intentionnelles du crâne : protocole pour une description pluridisciplinaire. 1 janv 2009;
10. Hutchison BL, Hutchison LAD, Thompson JMD, Mitchell EA. Plagiocephaly and brachycephaly in the first two years of life: a prospective cohort study. *Pediatrics*. oct 2004;114(4):970-80.
11. Société canadienne de pédiatrie. La plagiocéphalie positionnelle | Société canadienne de pédiatrie [Internet]. 2018 [cité 8 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.cps.ca/fr/documents/position/plagiocephalie-positionnelle>
12. Captier G, Leboucq N, Bigorre M, Canovas F, Bonnel F, Bonnafé A, et al. Étude clinico-radiologique des déformations du crâne dans les plagiocéphalies sans synostose. *Arch Pédiatrie*. 1 mars 2003;10(3):208-14.
13. van Vlimmeren LA, van der Graaf Y, Boere-Boonekamp MM, L'Hoir MP, Helders PJM, Engelbert RHH. Risk factors for deformational plagiocephaly at birth and at 7 weeks of age: a prospective cohort study. *Pediatrics*. févr 2007;119(2):e408-418.
14. Association Pikler Locky. La motricité libre selon Emmi Pikler [Internet]. Pikler Loczy. 2017 [cité 12 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.pikler.fr/emmi-pikler/la-motricite-libre-selon-emmi-pikler/>
15. 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 Pédiatrie*. nov 2017;24(11):1057-9.
16. HAS, CNP de Pédiatrie. Prévention des déformations crâniennes positionnelles et mort inattendue du nourrisson. févr 2020;163.
17. Looman WS, Flannery ABK. Evidence-Based Care of the Child With Deformational Plagiocephaly, Part I: Assessment and Diagnosis. *J Pediatr Health Care*. 1 juill 2012;26(4):242-50.
18. Branch LG, Kesty K, Krebs E, Wright L, Leger S, David LR. Argenta clinical classification of

- deformational plagiocephaly. *J Craniofac Surg.* mai 2015;26(3):606-10.
19. Hutchison BL, Hutchison LAD, Thompson JMD, Mitchell EA. Quantification of plagiocephaly and brachycephaly in infants using a digital photographic technique. *Cleft Palate-Craniofacial J Off Publ Am Cleft Palate-Craniofacial Assoc.* sept 2005;42(5):539-47.
20. HAS. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. [Internet]. [cité 13 juill 2021]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
21. Hutchison BL, Stewart AW, Mitchell EA. Deformational plagiocephaly: a follow-up of head shape, parental concern and neurodevelopment at ages 3 and 4 years. *Arch Dis Child.* janv 2011;96(1):85-90.
22. Collett BR, Starr JR, Kartin D, Heike CL, Berg J, Cunningham ML, et al. Development in toddlers with and without deformational plagiocephaly. *Arch Pediatr Adolesc Med.* juill 2011;165(7):653-8.
23. Collett B, Gray KE, Starr J, Heike C, Cunningham M, Speltz M. Development at Age 36 Months in Children With Deformational Plagiocephaly. *Pediatrics.* 2013;
24. Fabre-Grenet. Effets de la plagiocéphalie posturale au cours des 12 premiers mois sur le développement psychomoteur à 4 ans des enfants nés très prématurément [Internet]. EM-Consulte. 2017 [cité 13 juill 2021]. Disponible sur:
<https://www.em-consulte.com/article/1138250/effets-de-la-plagiocéphalie-posturale-au-cours-des>
25. Kluba S, Roßkopf F, Kraut W, Peters JP, Calgeer B, Reinert S, et al. Malocclusion in the primary dentition in children with and without deformational plagiocephaly. *Clin Oral Investig.* déc 2016;20(9):2395-401.
26. John DS, Mulliken JB, Kaban LB, Padwa BL. Anthropometric analysis of mandibular asymmetry in infants with deformational posterior plagiocephaly. *J Oral Maxillofac Surg.* 1 août 2002;60(8):873-7.
27. Siatkowski RM, Fortney AC, Nazir SA, Cannon SL, Panchal J, Francel P, et al. Visual Field Defects in Deformational Posterior Plagiocephaly. *J Am Assoc Pediatr Ophthalmol Strabismus JAAPOS.* 1 juin 2005;9(3):274-8.
28. Gupta PC, Foster J, Crowe S, Papay FA, Luciano M, Traboulsi EI. Ophthalmologic Findings in Patients With Nonsyndromic Plagiocephaly. *J Craniofac Surg.* juill 2003;14(4):529-32.
29. McMaster MJ. Infantile idiopathic scoliosis: can it be prevented? *J Bone Joint Surg Br.* nov 1983;65(5):612-7.
30. Purzycki A, Thompson E, Argenta L, David L. Incidence of otitis media in children with deformational plagiocephaly. *J Craniofac Surg.* sept 2009;20(5):1407-11.
31. Cavalier A, Mazurier E. Plagiocéphalie fonctionnelle (non synostotique) : prévention dès la maternité. Septembre 2013. [Internet]. [cité 13 juill 2021]. Disponible sur:
https://afpa.org/content/uploads/2017/08/Cavalier_plagiocéphalie_-RealitesPediatriques.pdf
32. Persing J, James H, Swanson J, Kattwinkel J, Medicine C on P and A, Surgery S on P, et al. Prevention and Management of Positional Skull Deformities in Infants. *Pediatrics.* 1 juill 2003;112(1):199-202.
33. BC Children's Hospital. A Clinician's Guide to Positional Plagiocephaly. 2008. [Internet]. [cité 14 juill 2021]. Disponible sur:
<http://www.bcchildrens.ca/neurosciences-site/Documents/BCCH034PlagiocephalyCliniciansGuideWeb1.pdf>
34. Hospices civils de Lyon. Mort inattendue du nourrisson: le couchage sur le dos est vital ! [Internet]. CHU réseau. 2017 [cité 14 juill 2021]. Disponible sur:
<https://www.reseau-chu.org/article/mort-inattendue-du-nourrisson-le-couchage-sur-le-dos-est-vital/>
35. Naître et Vivre. Congrès ANCRéMIN à Rennes le 20 septembre 2019 - [Internet]. 2019 [cité 14

- juill 2021]. Disponible sur:
<http://naitre-et-vivre.org/congres-ancremain-a-rennes-le-20-septembre-2019/>
36. Cavalier A, Picot M-C, Artiaga C, Mazurier E, Amilhau M-O, Froye E, et al. Prevention of deformational plagiocephaly in neonates. *Early Hum Dev.* août 2011;87(8):537-43.
 37. Aarnivala H, Vuollo V, Harila V, Heikkinen T, Pirttiniemi P, Valkama AM. Preventing deformational plagiocephaly through parent guidance: a randomized, controlled trial. *Eur J Pediatr.* sept 2015;174(9):1197-208.
 38. Rosselot F, Reboul M-C. Les parents face à la plagiocéphalie: analyse qualitative des représentations, du vécu et des attentes envers leur médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2019.
 39. Baird LC, Klimo P, Flannery AM, Bauer DF, Beier A, Durham S, et al. Guidelines: Congress of Neurological Surgeons Systematic Review and Evidence-Based Guideline for the Management of Patients With Positional Plagiocephaly: The Role of Physical Therapy. *Neurosurgery.* nov 2016;79(5):E630-1.
 40. Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. 2012;194.
 41. Lessard S, Gagnon I, Trottier N. Exploring the impact of osteopathic treatment on cranial asymmetries associated with nonsynostotic plagiocephaly in infants. *Complement Ther Clin Pract.* nov 2011;17(4):193-8.
 42. Castello C. Connaissances et prise en charge de la plagiocéphalie positionnelle par les professionnels de santé [Mémoire de sage-femme]. [Nîmes, France]: Ecole de sages-femmes; 2019.
 43. Balzan M. La plagiocéphalie postérieure positionnelle: prévention par les médecins généralistes de Midi Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2017.
 44. Ducrocq S. Etat des lieux de la prévention des déformations crâniennes d'origine positionnelle ; étude descriptive chez les parents du Nord-Pas-De-Calais [Thèse d'exercice]. [2018-....., France]: Université de Lille; 2019.
 45. CHU Nice. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative. Mars 2013. [Internet]. [cité 21 juin 2021]. Disponible sur: <https://nice.cngc.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
 46. Cadière J. Introduction : Qu'est-ce que l'expérience ? Forum (Genova). 15 mai 2017;n° 151(2):8-12.
 47. Letanoux A. Plagiocéphalie positionnelle postérieure: état des lieux du dépistage et de la prise en charge chez les médecins généralistes en Bretagne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2020.
 48. C. Karsenty, E. Cheuret, C. Tison, C. Cancès, Y. Chaix. Petit périmètre crânien | Pas à Pas en Pédiatrie [Internet]. Pas à Pas. 2009 [cité 25 juin 2021]. Disponible sur: <https://pap-pediatrie.fr/douleur-neuro/petit-perimetre-cranien>
 49. C. Cancès, C. Tison, E. Cheuret, C. Karsenty, Y. Chaix. Macrocéphalie | Pas à Pas en Pédiatrie [Internet]. Pas à Pas. 2009 [cité 25 juin 2021]. Disponible sur: <https://pap-pediatrie.fr/douleur-neuro/macrocephalie>
 50. Borgne P. La plagiocéphalie postérieure d'origine positionnelle: évaluation des pratiques en médecine générale. [Université de Rouen]; 2014.
 51. Pr Simone MANON. L'expérience est-elle le fondement de la connaissance? Le criticisme kantien. [Internet]. PhiloLog. 2008 [cité 14 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.philolog.fr/lexperience-est-elle-le-fondement-de-la-connaissance-le-criticisme-kantien/>
 52. Larousse É. Définitions : pathologie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. 2021 [cité 29 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pathologie/58644>
 53. Lascaud L, Le Leizour N, Deparis J, Le Leizour N, Laubretton C, Poupard V, et al. La plagiocéphalie positionnelle: étude sur l'information, autour de la plagiocéphalie positionnelle et sa prévention, reçue par des parents dont l'enfant est atteint de plagiocéphalie. 2020.

54. Salliot P, Bouvagnet Migraine A. La plagiocéphalie positionnelle: que disent les professionnels de santé ? que font les parents ? : enquête auprès des professionnels de santé des Pays de la Loire, enquête auprès des parents ayant séjourné dans les maternités de Nantes et Saint-Nazaire de Février à Juillet 2018. 2019.
55. Valteau C, Guillemin MG. La plagiocéphalie: connaissances et prévention par les professionnels de santé dans les maternités de Normandie Occidentale.pdf. 2019. [Internet]. [cité 14 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.perinatbn.org/wp-content/uploads/2019/12/Me%CC%81moire-plagioce%CC%81phalie.pdf>
56. Franc LV, Rosman P-F, DREES. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. 2007;8.
57. Dussart A. Modifications comportementales et impact psychologique du confinement en période de pandémie de COVID-19: étude de la population adulte du Grand Est confinée du 17 mars au 11 mai 2020 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2020.
58. Balint M. LA RELATION MÉDECIN-MALADE – L'ANNONCE D'UNE MALADIE GRAVE. L'INFORMATION DU PATIENT ATTEINT DE MALADIE CHRONIQUE. LA PERSONNALISATION DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE. :5. [Internet]. [cité 14 juill 2021]. Disponible sur : <http://www.remede.org/librairie-medicale/pdf/e9782729850654.pdf>
59. October TW, Hinds PS, Wang J, Dizon ZB, Cheng YI, Roter DL. Parent Satisfaction With Communication Is Associated With Physician's Patient-Centered Communication Patterns During Family Conferences. *Pediatr Crit Care Med J Soc Crit Care Med World Fed Pediatr Intensive Crit Care Soc.* juin 2016;17(6):490-7.
60. Haddadi D. Formation des médecins généralistes à l'ostéopathie: réelle demande des médecins ou gadget inutile ? [Thèse d'exercice]. [2018-...., France]: Université de Lille; 2019.
61. Dupré-Vignaud P. Les facteurs influençant la prescription et la pratique de l'ostéopathie: enquête auprès des médecins généralistes de la région parisienne [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2017.
62. Binson R, Touzard M, Solau-Gervais E, Gayet L-E, Meurice J-C, Le Sauder C, et al. Les freins à la prescription de l'ostéopathie en médecine générale: état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes libéraux et internes en médecine générale [Internet]. France; 2014 [cité 1 juill 2021]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/cd863951-f30b-4871-97ca-7ffbfb2e3c15>
63. Amiel-Tison C, Soyez-Papiernik E. Place de l'ostéopathie dans la correction des déformations crâniennes du nouveau-né et du jeune enfant. *Arch Pédiatrie.* 1 juin 2008;15:S24-30.
64. Syndicat Français des Ostéopathes. L'ostéopathie pour qui ? [Internet]. 2017 [cité 1 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathie-pour-qui>
65. Julia ADOUARD, Gianni MARANGELLI. Recommandations HAS déformations crâniennes positionnelles / plagiocéphalie | Ostéopathie Lyon 3 [Internet]. 2020 [cité 8 janv 2021]. Disponible sur: <https://osteopathes-lyon3.fr/plagiocephalie-tete-plate-torticolis-bebe/recommandations-has-d-eformations-craniennes-positionnelles-plagiocephalie/>
66. HAS. Prévenir la tête plate : conseils aux parents [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2021 [cité 9 juill 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3220369/fr/prevenir-la-tete-plate-conseils-aux-parents
67. Ernst C. La plagiocéphalie positionnelle. Etude de l'impact de la diffusion de la plaquette de prévention réalisée à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy sur la connaissance des femmes. 2018;65.
68. OMS. Halte à l'épidémie mondiale de maladies chroniques. Guide pratique pour une sensibilisation réussie. 2006. [Internet]. [cité 2 juill 2021]. Disponible sur:

- <https://www.who.int/chp/advocacy/chp.manual.FR-web.pdf>
69. HON. HONcode: Principes - Information de santé de confiance et de qualité [Internet]. HONcode. 2017 [cité 19 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.hon.ch/HONcode/French/>

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien - version initiale

Guide d'entretien

Présentations :

Présentation personnelle + présentation du sujet

Merci d'avoir accepté cet entretien qui me permettra de réaliser une étude sur les Déformations Crâniennes Positionnelles (DCP) du nourrisson. Il s'agit d'un entretien enregistré et anonyme. Cela nécessite votre accord au préalable.

Avant de commencer, j'aurais besoin de recueillir quelques informations personnelles et professionnelles.

Recueil des caractéristiques du participant :

- Sexe
- Nombre d'enfants
- Date d'installation ou nombre d'années de pratique médicale en libéral
- Le mode d'exercice (en cabinet seul, de groupe, MSP...)
- Le milieu d'exercice (urbain, rural, semi-rural)
- La part de pédiatrie dans les consultations (entre 0 et 100%)

Guide d'entretien :

Généralités : Avez-vous déjà été confronté à des DCP du nourrisson ?

- Quelles connaissances avez-vous de la DCP ?
- En rencontrez-vous souvent ?
- Selon vous, quelles conséquences pour les enfants ?

En pratique : Face à une DCP d'un nourrisson, comment procédez-vous en pratique au cabinet ?

- Dépistage : A quel moment la DCP est abordée ?
- Diagnostic : Comment posez-vous le diagnostic d'une DCP ? Avez-vous été interrogé sur des complications ?
- Traitement : Comment procédez-vous à la prise en charge ? Quelles sont les demandes des parents ? Que leur répondez-vous ?

Pluridisciplinaire : Avez-vous eu recours à d'autres professionnels pour la prise en charge de la DCP ?

- A quel moment avez-vous pris votre décision ?
- Quels résultats obtenez-vous ?
- Que pensez-vous de leur prise en charge ?

Difficultés : Vous sentez-vous à l'aise sur ce sujet ?

- Comment se déroule le dialogue avec les parents ?
- En cas de persistance de la DPC, quel est votre sentiment ?
- Selon vous, quel rôle a le médecin généraliste, aujourd'hui, dans la prise en charge de la DCP ?
- Sur quelle base de connaissances vous référez-vous ? Et qu'en pensez-vous ?

Solutions : Quelles propositions pourriez-vous faire pour optimiser votre pratique ?

- Que pensez-vous de l'accessibilité des recommandations sur la DCP pour les médecins et les parents ? (maternité, carnet de santé, dépliant de prévention, sites internet)

Final : Est-ce qu'il y a d'autres points sur lesquels vous voudriez aborder sur ce sujet ?

Remerciements pour la participation à l'étude

Proposer le retour des résultats obtenus

Annexe 2 : Guide d'entretien - version finale

Guide d'entretien

Présentations :

Merci d'avoir accepté cet entretien qui me permettra de réaliser une étude sur les Déformations Crâniennes Positionnelles (DCP) du nourrisson. Je m'intéresse surtout à votre ressenti, sans aucun jugement, que votre expérience en la matière soit plus ou moins fournie.

Il s'agit d'un entretien enregistré et anonyme. Cela nécessite votre accord au préalable.

Avant de commencer, j'aurais besoin de recueillir quelques informations personnelles et professionnelles :

- Sexe
- Nombre d'enfants
- Date d'installation ou nombre d'années de pratique médicale en libéral
- Le mode d'exercice (en cabinet seul, de groupe, MSP...)
- Le milieu d'exercice (urbain, rural, semi-rural)
- La part de pédiatrie dans les consultations (entre 0 et 100%)

Guide d'entretien :

Généralités : Que représente une DCP pour vous ?

- Quelles conséquences ou retentissements en gardez-vous concernant ces DCP ?
- Quelle est votre expérience personnelle concernant les DCP ?

En pratique : En pratique, comment procédez-vous à l'examen du nourrisson au cabinet ?

- Dépistage : Dans quelle circonstance la DCP est-elle abordée ?
- Diagnostic : De quelle façon accueillez-vous les questions des parents et quelle est votre attitude ? Est-ce que certaines questions vous interpellent ? Quelle place prend la DCP dans la discussion avec les parents ?
- Traitement : Comment procédez-vous à la prise en charge ? Que pensez-vous de votre rôle dans la prise en charge ?

Pluridisciplinaire : Avez-vous eu recours à d'autres professionnels pour la prise en charge de la DCP?

- Quels changements pouvez-vous observer suite à la prise en charge par d'autres professionnels ?
- Que pensez-vous personnellement de leur place dans la prise en charge?

Difficultés : Des études rapportent une anxiété des parents par manque d'informations face à la DCP de leur nourrisson. Est-ce également votre ressenti ?

- En cas de persistance de la DPC, quel est/serait votre sentiment ?
- Vous êtes-vous déjà intéressé aux DCP ? Quelles craintes ou hésitations aviez-vous à ce moment-là ? Ou quelles informations souhaiteriez-vous rechercher ?
- Que pensez-vous des informations données sur la DCP pour les médecins et les parents ? (maternité, carnet de santé, dépliant de prévention, sites internet)

Solutions : Quelles seraient vos suggestions pour remédier à l'anxiété des parents de façon individuelle (à chaque famille en consultation) ? Et de façon collective (à la population générale) ?

- Comment peut-on aider les parents à être mieux informés ?
- Avez-vous eu connaissance des recommandations de la HAS ? Qu'en pensez-vous ?

Final : Est-ce qu'il y a d'autres points sur lesquels vous voudriez ajouter sur ce sujet ?

Remerciements pour la participation à l'étude

Proposer le retour des résultats obtenus

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2021

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : DUONG Thuy-Anne

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Vécus et représentations des médecins généralistes dans la prévention et la prise en charge des Déformations Crâniennes Positionnelles du nourrisson : Étude qualitative menée en Seine-et-Marne

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Introduction : Depuis les recommandations sur la prévention de la Mort Inattendue du Nourrisson (MIN), la prévalence croissante des Déformations Crâniennes Positionnelles (DCP) engendre une anxiété parentale, remettant en question le couchage dorsal et soulignant le manque de prévention des DCP par les médecins généralistes. L'objectif est d'explorer les représentations des médecins généralistes sur les DCP, par leurs vécus et leurs expériences, afin d'identifier les éventuels freins à l'optimisation de la prévention et la prise en charge des DCP.

Matériels et méthodes : Une étude qualitative a été menée auprès de 13 médecins généralistes de Seine-et-Marne.

Résultats : Les représentations des médecins participants étaient aussi hétérogènes que leurs pratiques. La prise en charge dépendait de leurs représentations des DCP au cours de leurs expériences et vécus.

Discussion : Plusieurs freins limitent les médecins généralistes dans la prévention des DCP : le manque de formation, l'absence de classification du niveau de gravité des DCP, des représentations hétérogènes des DCP, la relation parent-médecin, la mésinformation par les médias et le manque de collaboration entre les professionnels de santé. Au-delà de ces freins, l'attitude et les pratiques des médecins généralistes semblent dépendre de la sensibilisation du sujet durant leurs expériences privées et professionnelles.

Conclusion : Des campagnes de sensibilisation sur les recommandations HAS 2020 durant la formation initiale et continue des médecins seraient déterminantes pour encourager les médecins généralistes à la prévention primaire et secondaire des DCP, tout en respectant les recommandations concernant la MIN.

MOTS-CLÉS : Déformations Crâniennes Positionnelles, médecins généralistes, prévention, prise en charge

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Experiences and representations of general practitioners in the prevention and management of Positional Cranial Deformities in infants: Qualitative study conducted in Seine-et-Marne

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Background : Since the recommendations on the prevention of the sudden infant death syndrome, the increasing prevalence of the Positional Cranial Deformities (PCD) generates parental anxiety, questioning the back lying and the lack of prevention of PCD by general practitioners. The objective is to explore the representations of general practitioners on PCD, through their experiences, in order to identify possible obstacles to the optimization of prevention and management of PCD.

Methods : A qualitative study was carried out with 13 general practitioners in Seine-et-Marne.

Results : The representations of the participating practitioners were as heterogeneous as their practices. The management depended on their representations of PCD during their experiences.

Discussion : Several obstacles restrain general practitioners from improving the prevention of PCD: the lack of knowledge, the lack of classification of the severity's level of PCD, heterogeneous representations of PCD, the relationship between the parents and their doctor, misinformation by the media and the lack of collaboration between health professionals. Beyond these obstacles, the attitude and practices of general practitioners seem to depend on the awareness of the general practitioners during their experiences.

Conclusion : Awareness campaigns of the HAS 2020 recommendations during the initial and ongoing training of doctors would be decisive to encourage general practitioners to the primary and secondary prevention of PCDs, while respecting the sudden infant death syndrome's recommendations.

KEY WORDS : Positional Cranial Deformities, general practitioners, prevention, management