



**HAL**  
open science

# La plagiocéphalie positionnelle postérieure en médecine générale : étude qualitative des besoins et attentes des parents ; élaboration d'une fiche-conseil destinée aux parents, à l'usage des médecins

Fatima Tinmiouli

## ► To cite this version:

Fatima Tinmiouli. La plagiocéphalie positionnelle postérieure en médecine générale : étude qualitative des besoins et attentes des parents ; élaboration d'une fiche-conseil destinée aux parents, à l'usage des médecins. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03552059

**HAL Id: dumas-03552059**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03552059>**

Submitted on 2 Feb 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.



**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1**  
*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

Thèse en vue du

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

**Fatima TINMIOULI**

Née le 28 septembre 1990 à Dunkerque

---

**La plagiocéphalie  
positionnelle postérieure  
en médecine générale :  
étude qualitative des  
besoins et attentes des  
parents.  
Élaboration d'une fiche-  
conseil destinée aux  
parents, à l'usage des  
médecins.**

**Thèse soutenue à Rennes  
le 29/06/2021**

Devant le jury composé de :

**Professeur Philippe VIOLAS**

*PU-PH. Chirurgie infantile, CHU de Rennes,  
Président du jury*

**Docteur Sylvie JAILLARD**

*MCU-PH. Histo-embryologie et cytogénétique,  
CHU de Rennes, Juge*

**Docteur Benjamin BASTIAN**

*Docteur en médecine générale, MCF-Associé  
au Département de Médecine Générale de  
Rennes, Juge*

**Docteur Frédéric BEUNEUX**

*Docteur en médecine générale,  
Directeur de thèse*

**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1**  
*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

Thèse en vue du

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

**Fatima TINMIOULI**

Née le 28 septembre 1990 à Dunkerque

---

**La plagiocéphalie  
positionnelle postérieure  
en médecine générale :  
étude qualitative des  
besoins et attentes des  
parents.  
Élaboration d'une fiche-  
conseil destinée aux  
parents, à l'usage des  
médecins.**

**Thèse soutenue à Rennes  
le 29/06/2021**

Devant le jury composé de :

**Professeur Philippe VIOLAS**

*PU-PH. Chirurgie infantile, CHU de Rennes,  
Président du jury*

**Docteur Sylvie JAILLARD**

*MCU-PH. Histo-embryologie et cytogénétique,  
CHU de Rennes, Juge*

**Docteur Benjamin BASTIAN**

*Docteur en médecine générale, MCF-Associé  
au Département de Médecine Générale de  
Rennes, Juge*

**Docteur Frédéric BEUNEUX**

*Docteur en médecine générale,  
Directeur de thèse*

<b>PROFESSEURS DES UNIVERSITES</b>			
<b>NOM</b>	<b>PRENOM</b>	<b>TITRE</b>	<b>SOUS-SECTION CNU</b>
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Édouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD- ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Éric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Pr. Émérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRETAGNE	Jean-François	Pr. Émérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISSOT	Pierre	Pr. Émérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	Pr. Émérite	Physiologie
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Pr. Émérite	Rhumatologie
COGNÉ	Michel	PU-PH	Immunologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DAUBERT	Claude	Pr. Émérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Pr. Associé	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Pr. Émérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	Pr. en surnombre	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie

GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GARLANTEZEC	Ronan	PU-PH	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH Pr. Émérite au 01/11/2020	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOULLEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Pr. Émérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LE JEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Pr. Émérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU- SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Éric	Pr. associé	Médecine générale
MICHELET	Christian	Pr. Émérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Pr. associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE	Didier	Pr. associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie

PESCHANSKY	Nicolas	Pr. Associé	Médecine d'urgence
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Pr. associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT- GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES	Hervé	PU-PH Pr. Émérite au 01/12/2020	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SCHNELL	Frédéric	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH Pr. Émérite au 01/11/2020	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean- Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean- François	PU-PH	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Éric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Éric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

<b>MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES</b>			
<b>NOM</b>	<b>PRENOM</b>	<b>TITRE</b>	<b>SOUS- SECTION CNU</b>
ALLORY	Emmanuel	MCF associé	Médecine générale
AME	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ARNAUD	Alexis	MCU-PH	Chirurgie infantile
BANATRE	Agnès	MCF associé	Médecine générale
BASTIAN	Benjamin	MCF associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCF	Médecine générale
CHHOR- QUENIART	Sidonie	MCF associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénérologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MCF associé	Médecine générale
GOUIN épouse THIBAULT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoît	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER- JACQUET	Solène- Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique

NYANGO TIMOH	Krystal	MCU-PH	Anatomie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie- Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

## **Remerciements**

### **À Monsieur le Professeur Philippe Violas,**

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous prie de recevoir l'expression de ma très haute considération.

### **À Madame la Docteur Sylvie Jaillard,**

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury, et de l'intérêt que vous portez à mon travail. Recevez le témoignage de mon profond respect.

### **À Monsieur le Docteur Benjamin Bastian,**

Je vous remercie de vous être rendu disponible pour juger mon travail. Merci pour votre investissement dans notre formation de médecine générale. Soyez assuré de ma profonde gratitude et de mon estime.

### **À Monsieur le Docteur Frédéric Beuneux,**

Je te remercie d'avoir dirigé cette thèse et pour le temps que tu m'as consacré. Merci de m'avoir proposé ce sujet sur lequel tu m'as porté tout le long. Ta disponibilité, tes conseils et ta rigueur m'ont été précieux tout au long de ce travail.

### **À Madame Cécile Philouze-Placé et Madame Iléna Barbare,**

Deux kinésithérapeutes en or, sans qui mon recrutement aurait été très difficile. Merci pour votre aide.

### **À tous les médecins, les kinésithérapeutes, les ostéopathes,**

Merci de m'avoir aidé dans mon recrutement.

### **À tous les parents qui ont accepté de participer à cette étude,**

Merci pour le temps que vous m'avez consacré et votre disponibilité.

### **À Monsieur Yassin Latrache,**

Dessinateur, caricaturiste, et illustrateur,  
Merci pour ce magnifique travail, que ce soit pour les dessins ou pour le graphisme. Cette collaboration dans l'élaboration de ma plaquette d'information a été très enrichissante.

**Aux nombreux relecteurs de la thèse :** Mohamed, Cinda, Omar, Zouzou.

## **Remerciements personnels**

### **À mes parents, à mes frères et à ma sœur,**

Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous avez fait, pour votre soutien tout au long de ma vie, depuis ce premier jour en PCEM1, jusqu'à aujourd'hui. Merci de m'avoir permis de faire ce métier dont j'ai toujours rêvé.

### **À mon Zouzou,**

Qui a été là du début à la fin, merci pour ton indéfectible soutien, pour ta patience, tes encouragements, ta générosité et ta confiance en moi. Merci d'avoir tant participé à l'élaboration de cette thèse. Je n'y serais jamais arrivée sans toi.

### **À mes acolytes, Myriam, Zakia et Assma,**

À nous quatre, on a réussi cette mission commando, nous serons désormais liées à jamais, merci de m'avoir soutenue sans limite, sans jugement dans cette épreuve de la vie.

### **À Mohamedino,**

Un grand frère en or, qui m'a toujours soutenu, encouragé et qui donnerait tout pour moi. Petit clin d'œil pour cette mise en page, qui n'aurait jamais été aussi parfaite sans ta plume.

**À ma famille,  
À mes amies.**

**À ma petite Luna d'amour, ma supette, ahlalan ino,**

*Tu es arrivée dans ma vie le 16 octobre 2020, tu en es repartie le 31 mai 2021.*

*Ce fût si court, j'aurais tant aimé que tu sois là pour toujours.*

*Je te remercie de tout l'amour et le soutien que tu m'as apporté.*

*Je suis fière d'avoir été ta maman, je t'aime et je ne t'oublierai jamais.*

<b>TABLE DES MATIÈRES</b>
---------------------------

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	15
<b>1.1. Généralités – Physiologie</b> .....	15
<b>1.2. Définition de la plagiocéphalie</b> .....	15
<b>1.3. Épidémiologie</b> .....	17
<b>1.4. Facteurs de risque / causes</b> .....	18
<b>1.5. Diagnostic</b> .....	18
1.5.1. Diagnostic clinique .....	18
1.5.2. Examens complémentaires et place de l'imagerie .....	19
1.5.3. Critères de gravité .....	19
1.5.4. Diagnostic différentiel .....	23
<b>1.6. Conséquences et complications de la plagiocéphalie</b> .....	24
1.6.1. Neurologique / Développement psychomoteur .....	24
1.6.2. Asymétrie mandibulaire .....	24
1.6.3. Complications ophtalmologiques .....	24
1.6.4. Otites et troubles auditifs .....	24
1.6.5. Scolioses et troubles posturaux .....	25
1.6.6. Esthétique .....	25
<b>1.7. Les mesures de prévention</b> .....	25
1.7.1. Primaires .....	26
1.7.2. Secondaires .....	27
<b>1.8. Traitements</b> .....	27
1.8.1. Traitement du torticolis .....	27
1.8.2. Traitement de la plagiocéphalie .....	28
1.8.2.1. Conseils de positionnement / Thérapie positionnelle .....	28
1.8.2.2. Thérapies manuelles .....	28
1.8.2.2.1. Kinésithérapie .....	28
1.8.2.2.2. Ostéopathie .....	28
1.8.2.3. Orthèse crânienne .....	29
1.8.2.4. Chirurgie .....	30
<b>1.9. Objectifs et problématique de l'étude</b> .....	31
<b>2. MATÉRIEL ET MÉTHODE</b> .....	32
<b>2.1. Recherche bibliographique</b> .....	32
<b>2.2. Type d'étude</b> .....	32
<b>2.3. Population étudiée et recrutement</b> .....	32
2.3.1. Recrutement des participants .....	32
2.3.2. Critères d'inclusion / d'exclusion des participants .....	33

2.4.	Recueil des données .....	33
2.4.1.	Entretiens semi-dirigés .....	33
2.4.2.	Guide d'entretien .....	33
2.4.3.	Constitution de l'échantillon .....	34
2.4.4.	Réalisation et retranscription des entretiens .....	34
2.4.5.	Éthique / anonymat des données .....	34
2.5.	Méthode d'analyse des résultats .....	34
3.	RÉSULTATS .....	35
3.1.	Population étudiée .....	35
3.2.	Caractéristiques des entretiens .....	37
3.3.	Analyse des résultats de l'étude .....	37
3.3.1.	Définition de la plagiocéphalie .....	37
3.3.1.1.	Déformation de la tête .....	37
3.3.1.2.	Une malformation, voire une pathologie .....	37
3.3.1.3.	Fréquence .....	37
3.3.1.4.	Pas anormale .....	38
3.3.2.	Connaissances de la plagiocéphalie .....	38
3.3.2.1.	Avant le diagnostic .....	38
3.3.2.2.	Les causes .....	39
3.3.2.3.	Les conséquences .....	42
3.3.2.4.	L'évolution .....	44
3.3.3.	Diagnostic .....	46
3.3.3.1.	Par qui ? .....	46
3.3.3.1.1.	Plagiocéphalie repérée par l'entourage de l'enfant .....	46
3.3.3.1.2.	Diagnostic posé par le médecin généraliste ou le pédiatre .....	47
3.3.3.1.3.	Diagnostic posé par le kinésithérapeute ou l'ostéopathe .....	47
3.3.3.1.4.	Diagnostic posé par la sage-femme ou la puéricultrice .....	47
3.3.3.2.	Délai entre la naissance et le diagnostic .....	47
3.3.3.2.1.	Diagnostic précoce .....	47
3.3.3.2.2.	Diagnostic tardif .....	47
3.3.4.	Vécu .....	47
3.3.4.1.	Vécu du diagnostic .....	47
3.3.4.2.	Vécu de la plagiocéphalie .....	49
3.3.4.3.	Vécu du devenir et du développement .....	50
3.3.4.4.	Vécu de la prise en charge .....	51
3.3.5.	Prise en charge .....	52
3.3.5.1.	Intervention le plus tôt possible .....	52
3.3.5.2.	Connaissance des prises en charge possibles .....	52
3.3.5.3.	Parents décisionnaires de la prise en charge .....	54

3.3.5.4. Bonne prise en charge .....	54
3.3.5.5. Retard ou perte de temps dans la prise en charge .....	54
3.3.6. Conseils de prévention .....	54
3.3.6.1. Conseils de repositionnement .....	54
3.3.6.2. Conseils de prévention .....	55
3.3.6.3. Exercices de kinésithérapie à reproduire à la maison .....	57
3.3.6.4. Consulter un ostéopathe en prévention .....	59
3.3.6.5. Consulter un kinésithérapeute en prévention .....	59
3.3.7. Informations sur la plagiocéphalie .....	59
3.3.7.1. Après le diagnostic de plagiocéphalie .....	59
3.3.7.1.1. Réassurance par les professionnels de santé .....	59
3.3.7.1.2. Informations par l'entourage .....	60
3.3.7.1.3. Accès à l'information écrite .....	60
3.3.7.1.4. Accès difficile ou impossible à l'information .....	60
3.3.7.1.5. Compréhension difficile .....	61
3.3.7.1.6. Informations insuffisantes .....	61
3.3.7.1.7. Internet comme point d'information .....	61
3.3.7.1.8. Pas d'autre recherche d'information .....	62
3.3.7.2. Avant le diagnostic, pour tous les parents .....	62
3.3.7.2.1. Avant la naissance .....	62
3.3.7.2.2. Après la naissance .....	63
3.3.7.2.3. Sous quelle forme ? .....	65
3.3.7.2.4. Conseils .....	66
3.3.8. Améliorations de la prise en charge : attentes et besoins .....	67
3.3.8.1. Satisfaction .....	67
3.3.8.2. Petites améliorations .....	68
3.3.8.3. Mécontentement .....	69
3.3.8.4. Uniformisation des discours et de la prise en charge .....	70
3.3.9. Le devenir .....	71
3.3.9.1. Bonne évolution .....	71
3.3.9.2. Amélioration de la motricité mais plagiocéphalie toujours présente ...	72
3.3.9.3. Progression dans le temps .....	72
3.3.9.4. Amélioration puis ré-aggravation .....	72
<b>4. DISCUSSION .....</b>	<b>73</b>
4.1. Forces et faiblesses de l'étude .....	73
4.1.1. Forces .....	73
4.1.1.1. Le sujet abordé .....	73
4.1.1.2. La méthode qualitative .....	73
4.1.1.3. Les entretiens semi-dirigés .....	73

4.1.1.4. La validité externe .....	73
4.1.2. Faiblesses .....	73
4.1.2.1. Représentativité de l'échantillon .....	73
4.1.2.2. Les biais de l'étude .....	73
4.2. Analyse des principaux résultats .....	74
4.2.1. Représentations des parents autour des connaissances de la plagiocéphalie .....	74
4.2.1.1. Représentations de la définition de la plagiocéphalie .....	74
4.2.1.2. Connaissances de la plagiocéphalie avant le diagnostic .....	75
4.2.1.3. Connaissances des causes de la plagiocéphalie .....	75
4.2.1.4. Connaissances des conséquences de la plagiocéphalie .....	76
4.2.2. Vécu parental autour du diagnostic et de la prise en charge de la plagiocéphalie .....	77
4.2.2.1. Vécu du diagnostic .....	77
4.2.2.2. Vécu de la plagiocéphalie et des possibles répercussions .....	77
4.2.2.3. Précocité du diagnostic versus diagnostic tardif .....	78
4.2.2.4. Vécu de la prise en charge .....	78
4.2.3. Regard des parents sur les différentes prises en charge .....	78
4.2.3.1. Intervention précoce .....	78
4.2.3.2. Regard sur la kinésithérapie et l'ostéopathie .....	78
4.2.3.3. Le recours à l'orthèse crânienne .....	79
4.2.3.4. Prise en charge chirurgicale .....	79
4.2.3.5. Conseils de repositionnement .....	80
4.2.3.6. Place de la plagiocéphalie dans leur vie .....	80
4.2.4. Informations reçues après le diagnostic .....	80
4.2.4.1. Réassurance, explications de la plagiocéphalie .....	80
4.2.4.2. Sous quelle forme est-elle délivrée ? .....	80
4.2.4.3. Les difficultés rencontrées .....	81
4.2.5. Attentes et besoins envers le médecin généraliste .....	81
4.2.5.1. Satisfaction de la prise en charge dans sa globalité .....	81
4.2.5.2. Plus de prévention, plus de pédagogie .....	82
4.2.5.3. Uniformiser les discours et la prise en charge .....	82
4.2.6. Représentations de l'information à délivrer aux parents pour prévenir la plagiocéphalie .....	82
4.2.6.1. À quel moment ? .....	82
4.2.6.2. Sous quelle forme délivrer l'information ? .....	83
4.2.6.3. Conseils à délivrer .....	83
4.3. Perspectives .....	83
5. CONCLUSION .....	85

6. BIBLIOGRAPHIE .....	88
7. ABRÉVIATIONS .....	92
8. ANNEXES .....	93

#### **TABLE DES ANNEXES**

• <b><u>ANNEXE 1</u></b> : Guide d'entretien .....	93
• <b><u>ANNEXE 2</u></b> : Feuille d'informations et de consentement .....	95
• <b><u>ANNEXE 3</u></b> : Avis du comité d'éthique .....	97
• <b><u>ANNEXE 4</u></b> : Plaquette d'information de l'AKPB (Association de Kinésithérapie Pédiatrique Bretonne) .....	98
• <b><u>ANNEXE 5</u></b> : Fiche-conseil plagiocéphalie .....	99
• <b><u>ANNEXE 6</u></b> : Serment d'Hippocrate .....	100

#### **TABLE DES ILLUSTRATIONS**

• <b><u>ILLUSTRATION 1</u></b> : Schéma des fontanelles et des sutures d'un crâne .....	15
• <b><u>ILLUSTRATION 2</u></b> : Vue du sommet d'un crâne normal et d'un crâne avec une plagiocéphalie .....	16
• <b><u>ILLUSTRATION 3</u></b> : Différences entre le crâne normal, la plagiocéphalie et la brachycéphalie .....	17
• <b><u>ILLUSTRATION 4</u></b> : Classification d'Argenta .....	20
• <b><u>ILLUSTRATION 5</u></b> : Plagiocéphalométrie (bandes thermoplastiques) sur un enfant avec mesures .....	22
• <b><u>ILLUSTRATION 6</u></b> : Compas de calibration ou craniomètre .....	22
• <b><u>ILLUSTRATION 7</u></b> : Dessin d'une orthèse crânienne portée par un enfant .....	30

#### **TABLE DES TABLEAUX**

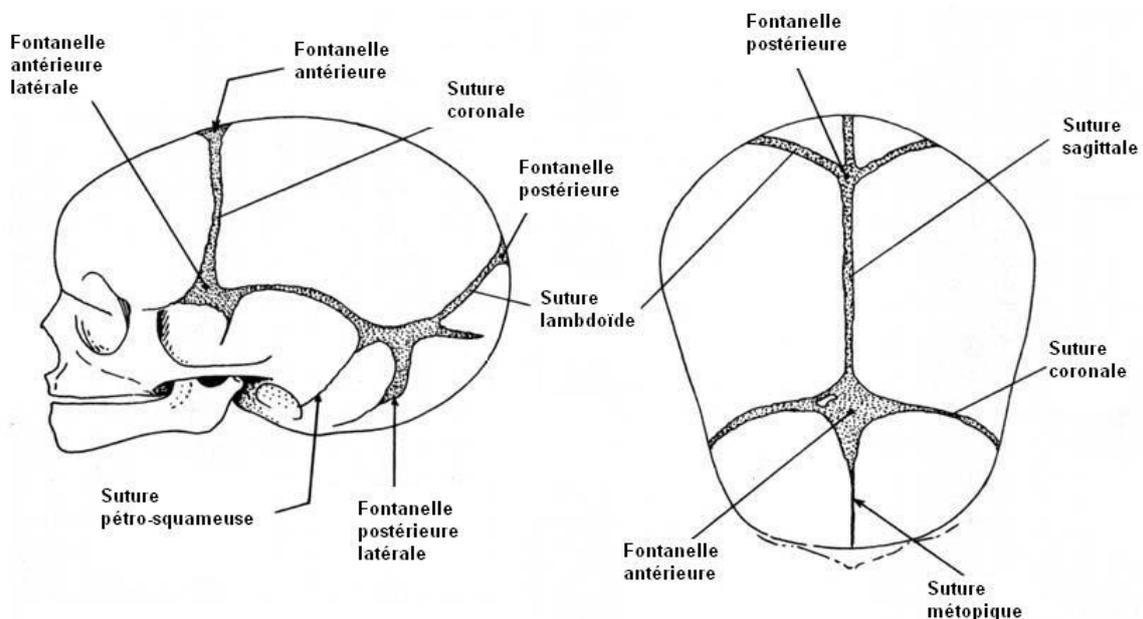
• <b><u>TABLEAU 1</u></b> : Tableau de sévérité basé sur 3 classifications : Argenta, Hutchison, 2005 et Hutchison 2010 .....	21
• <b><u>TABLEAU 2</u></b> : Diagnostic différentiel Plagiocéphalie positionnelle / Craniosténose .....	23
• <b><u>TABLEAU 3</u></b> : Caractéristiques de la population étudiée (parents) .....	35
• <b><u>TABLEAU 4</u></b> : Caractéristiques de la population étudiée (nourrissons) .....	36

## 1. INTRODUCTION

### 1.1. Généralités – Physiologie

Le crâne est composé de la voûte crânienne et du plancher crânien. Le plancher représente la base du crâne. La voûte crânienne est composée de six os qui sont : l'os frontal, l'os occipital, les deux os temporaux et les deux os pariétaux.(1)

Chez le nouveau-né, nous notons la présence de fontanelles et de sutures. Elles sont constituées de tissus conjonctifs qui permettent la croissance des os du crâne. Les rôles des fontanelles et des sutures sont nombreux, on peut en citer trois principaux : grande plasticité pendant l'accouchement, grande expansivité pendant la croissance du cerveau et absorption des chocs. Les sutures se ferment progressivement et ne seront ossifiées qu'à l'âge adulte. La fontanelle lambdoïde ou postérieure se ferme entre 2 et 3 mois et la fontanelle bregmatique ou antérieure se ferme entre 9 et 18 mois.(1)



**Illustration 1 : Schéma des fontanelles et des sutures d'un crâne**

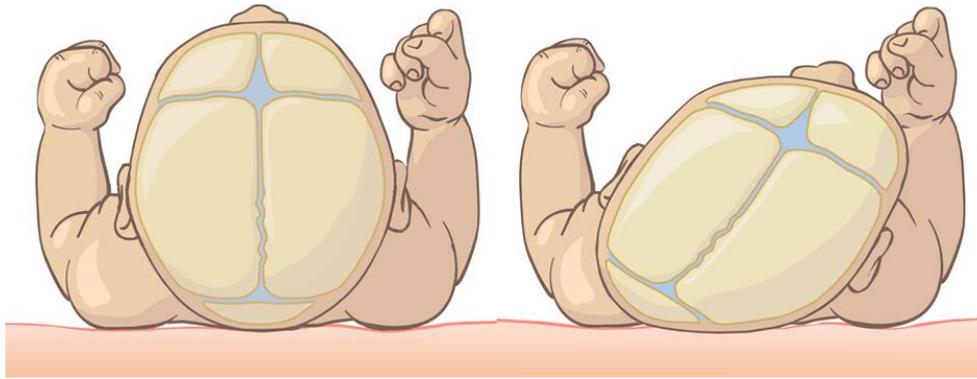
### 1.2. Définition de la plagiocéphalie

Le mot « plagiocéphalie » est un terme non spécifique qui vient du grec "plagios" et "kephale" qui signifient respectivement « oblique » et « tête », pour décrire une forme de tête asymétrique.(2)

Ces déformations sont le plus souvent dues à l'application de forces externes sur le crâne malléable du nourrisson, il s'agit alors d'une plagiocéphalie fonctionnelle (PF). Des contraintes mécaniques peuvent ainsi s'exercer sur le crâne en cours de croissance et modifier sa forme.

Le crâne de l'enfant est bien souvent rond à la naissance, alors que la déformation apparaît pendant les premières semaines ou premiers mois de vie incriminant la position du nourrisson pendant le sommeil, d'où le terme actuel retenu de plagiocéphalie positionnelle ou posturale.

En fonction de sa localisation, elle est aussi appelée plagiocéphalie postérieure ou occipitale. On lui attribue aussi le nom de plagiocéphalie non-synostotique, du fait de la conservation de l'ouverture des sutures.



**Illustration 2 : Vue du sommet d'un crâne normal et d'un crâne avec une plagiocéphalie**

Il est important de bien différencier cette plagiocéphalie positionnelle des rares plagiocéphalies avec craniosténose, plagiocéphalies synostotiques ou malformatives, la synostose étant une fermeture précoce d'une ou plusieurs sutures du crâne, secondaires à une fusion prématurée des sutures coronales (antérieures) ou lambdoïdes (postérieures).(3)

- En pratique, il existe deux types de plagiocéphalie selon le mécanisme d'apparition(3) :
- Les **plagiocéphalies avec craniosténose**, plagiocéphalies synostotiques ou malformatives, secondaires à une fusion prématurée des sutures coronales ou lambdoïdes, résultant d'un développement anormal des sutures (synostose) et d'un déficit de croissance localisé, qui peut démarrer dès la période fœtale ;
  - Les **plagiocéphalies positionnelles** (PP) ou posturales ou fonctionnelles, celles qui nous intéressent dans notre étude.

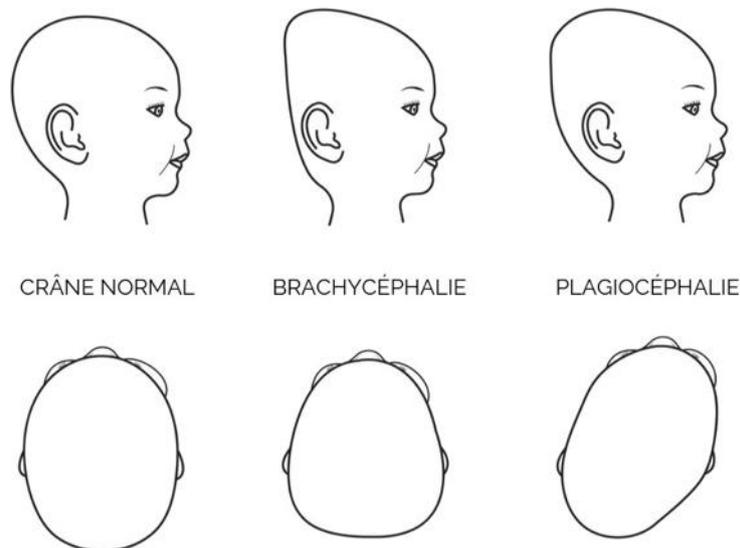
La plagiocéphalie positionnelle est une déformation de la voûte crânienne causée par des pressions extérieures, qui peuvent être prénatales et postnatales. À la naissance, un nouveau-né peut présenter une déformation de la tête liée à des facteurs intra-utérins, tels que les malformations utérines, une grossesse multiple, un oligoamnios, le positionnement en siège ou un travail prolongé. En général, ces déformations disparaissent rapidement, ce qui les distingue des anomalies intrinsèques.(3)

En cas de doute notamment devant la persistance ou l'apparition progressive d'une déformation après 6 semaines de vie, il convient d'éliminer dans un premier temps le diagnostic de craniosynostose, avant de poser celui de plagiocéphalie positionnelle en installation.

- Nous distinguons trois types de plagiocéphalie positionnelle (3) :
- La **plagiocéphalie positionnelle occipitale** (plagiocéphalie asymétrique) : dans ce cas, la tête sera généralement normale à la naissance, mais se déformera peu à peu au cours des premières semaines ou des premiers mois de vie. Les bébés atteints auront tendance à incliner la tête toujours du même côté. Une pression va alors s'exercer sur une zone localisée du crâne, celui-ci étant mou et malléable, la forme du crâne sera donc modifiée. Par conséquent, lorsqu'une tête de forme normale au départ prend peu à peu la forme d'un parallélogramme, le diagnostic de plagiocéphalie occipitale postérieure est le plus probable,

associant plusieurs anomalies dont l'aplatissement ou un méplat unilatéral de l'occiput, le déplacement antérieur de l'oreille homolatérale, le bombement frontal homolatéral, le bombement postérieur occipito-pariétal controlatéral et la possibilité d'asymétrie faciale.

- La **brachycéphalie** (plagiocéphalie symétrique, plagiocéphalie postérieure centrale) : parmi les facteurs retrouvés : souvent un bébé macrosome, ayant subi une fracture d'une clavicule ou d'une jambe, hypotonique avec ou sans retard de développement, atteint de cardiopathie ou ayant été alité longtemps. À l'examen, le bébé présente un élargissement du crâne et un raccourcissement antéro-postérieur du crâne, un bombement frontal, une augmentation de la voûte crânienne et un aplatissement occipital. Cette déformation positionnelle aurait tendance à se corriger plus difficilement et plus lentement.
- La **dolichocéphalie** : le crâne sera allongé et étroit, avec des bosses frontales proéminentes, un chignon occipital ainsi qu'une crête sagittale. Elle se voit chez les bébés ayant fait un séjour prolongé en néonatalogie ou ayant été placés sur le côté.



**Illustration 3 : Différences entre le crâne normal, la plagiocéphalie et la brachycéphalie**

### 1.3. Épidémiologie

L'incidence de la plagiocéphalie a augmenté avec la mise en place des mesures de prévention de la MIN (mort inattendue du nourrisson), suite à la campagne « back to sleep ». (4)(5) En 1974, le taux de plagiocéphalies était estimé à 1/300 naissances ; en 1996, l'incidence rapportée était de 1/60 naissances.

La prévalence varie de 3,3% à 22,1% selon les études et l'âge du nourrisson. Le pic de prévalence de la plagiocéphalie positionnelle se situe à sept semaines de vie, il est de 22,1 %, la prévalence est de 19,7 % à quatre mois et de 3,3 % à deux ans selon la revue de littérature de Bialocerkowski. (6)

Hutchison et al. retrouvent deux pics d'incidence à 6 semaines et à 4 mois de vie, la prévalence de la plagiocéphalie augmentant jusqu'à quatre mois, puis diminue avec l'âge, la majorité des cas de plagiocéphalie disparaît à l'âge de deux ans.(7) Cependant, ces études prospectives de cohorte, ayant permis d'estimer l'incidence et la prévalence de la plagiocéphalie, sont réalisées sur de faibles effectifs et aboutissent à des estimations variables. Il n'y a pas d'étude française sur ce sujet.

Selon les études, la prévalence varie du simple au double, il n'existe pas à ce jour de données exactes concernant la prévalence de la plagiocéphalie, mais les études suggèrent une atteinte fréquente et probablement sous-estimée.

#### **1.4. Facteurs de risque / causes**

➤ Facteurs de risque prénataux et périnataux :

- Sexe masculin (8)(9)(10)
- Place de l'aîné dans la fratrie (7)(11)(8)
- Position fœtale in utero (position en siège ou transverse) (12)(13)
- Grossesse multiple (9)(14)(15)
- Prématurité (12)(13)(16)
- Travail prolongé lors de l'accouchement (9)
- Accouchement assisté (instrumental) (9)(14)
- Allongement prolongé maternel pendant la grossesse
- Malformations ou anomalies utérines (9)(12)(13)

➤ Facteurs de risque postnataux :

○ En lien avec le nourrisson :

- Hypotonie (8)(11)(12)
- Présence d'un torticolis congénital (7)(8)(12)(13)(16)(17)
- Attitude antalgique devant une bosse séro-sanguine ou céphalématome (9)
- Retard de développement psychomoteur (8)(11)
- Méplat postérieur à la naissance (9)(18)
- Position préférentielle de la tête (8)
- Anomalies congénitales (type hydrocéphalie) (9)(17)

○ En lien avec l'environnement du nourrisson :

- Position couchée sur le dos (7)(8)
- Moins de trois périodes par jour sur le ventre (2)(8)(11)
- Conditionnement pendant le sommeil : non variation de la position de la tête (7)(8)
- Méthode d'alimentation : alimentation exclusive au biberon (11)(18)
- Utilisation excessive de coque de transport rigide, transat, ... (7)(11)

#### **1.5. Diagnostic**

##### **1.5.1. Diagnostic clinique**

Devant une déformation asymétrique du crâne de l'enfant, l'examen clinique est recommandé pour poser le diagnostic de la plagiocéphalie positionnelle, le diagnostic de l'asymétrie crânienne en général peut être réalisé dès l'examen de naissance et à chaque visite de contrôle jusqu'à l'âge d'un an.

Il est important de réaliser un examen clinique du crâne exhaustif, associé à un examen général complet. (12) L'interrogatoire a une importance primordiale, en interrogeant les parents sur le délai d'apparition de cette déformation, l'existence ou non d'un côté préférentiel (côté où le bébé tourne souvent la tête), les antécédents familiaux et de la fratrie...

L'examen du crâne se fait en regardant d'en haut le sommet de la tête et permet d'examiner la position des oreilles et de noter la position des pommettes afin d'observer, dans la forme typique de la plagiocéphalie positionnelle, un parallélogramme associant une déformation avec un méplat occipital, une propulsion de l'oreille homolatérale vers l'avant, la distance conduit auditif externe-canthus externe étant plus courte du côté atteint, il existe souvent une bosse frontale compensatrice homolatérale lorsque la région fronto-temporale controlatérale a un aspect fuyant.(12)

Le périmètre crânien doit être mesuré et sa courbe suivie, afin d'évaluer la cinétique de la croissance crânienne.

Il est important de palper également les sutures et fontanelles. La palpation d'un bourrelet sutural ou d'une crête synostosique doit faire suspecter fortement le diagnostic de plagiocéphalie par synostose, et ce d'autant plus si la tête présente un aplatissement occipital à la naissance.

L'évaluation du torticolis congénital doit se faire en évaluant les mouvements du cou, les enfants présentant un torticolis ont une limitation de la rotation active de la tête, vers le côté opposé à l'hémi-occiput aplati.

### **1.5.2. Examens complémentaires et place de l'imagerie**

Les examens complémentaires notamment l'imagerie ne sont pas nécessaires pour confirmer l'étiologie positionnelle, excepté dans les cas où le diagnostic clinique est équivoque, dans les cas de forme atypique du crâne ou de déformation modérée ou sévère du crâne. Dans ce cas, une radiographie ou une échographie de la suture suspectée est recommandée pour explorer la possibilité d'un diagnostic autre que celui de la plagiocéphalie positionnelle, tel que la craniosynostose.(3)

Le scanner est recommandé pour établir un diagnostic définitif seulement pour les enfants pour lesquels la radiographie ou l'échographie ne permet pas le diagnostic.

### **1.5.3. Critères de gravité**

De façon générale, l'évaluation d'une déformation de la tête repose principalement sur l'examen physique et ne nécessite pas de mesures anthropométriques ni d'examen d'imagerie tridimensionnelle.

Cependant, il est préférable d'utiliser les mesures craniométriques d'une part pour quantifier la sévérité de la plagiocéphalie mais aussi permettre le suivi de la plagiocéphalie, prendre les décisions thérapeutiques et ainsi surveiller l'efficacité de la prise en charge.

#### ➤ Les mesures craniométriques :

- Le périmètre crânien permet d'objectiver la croissance crânienne.
- La largeur du crâne est mesurée par le diamètre bi-pariétal maximal, qui est le plus aisé à voir du dessus. (10)
- La longueur du crâne est mesurée entre la glabelle et le point le plus haut de l'occiput. (10)
- L'indice céphalique (pour la plagiocéphalie postérieure) est utilisé pour quantifier le ratio largeur de la tête / longueur de la tête, qui augmente avec la présence d'une plagiocéphalie

postérieure. L'indice céphalique est calculé comme le rapport de la largeur de la tête sur la longueur de la tête, multiplié par 100. (19)

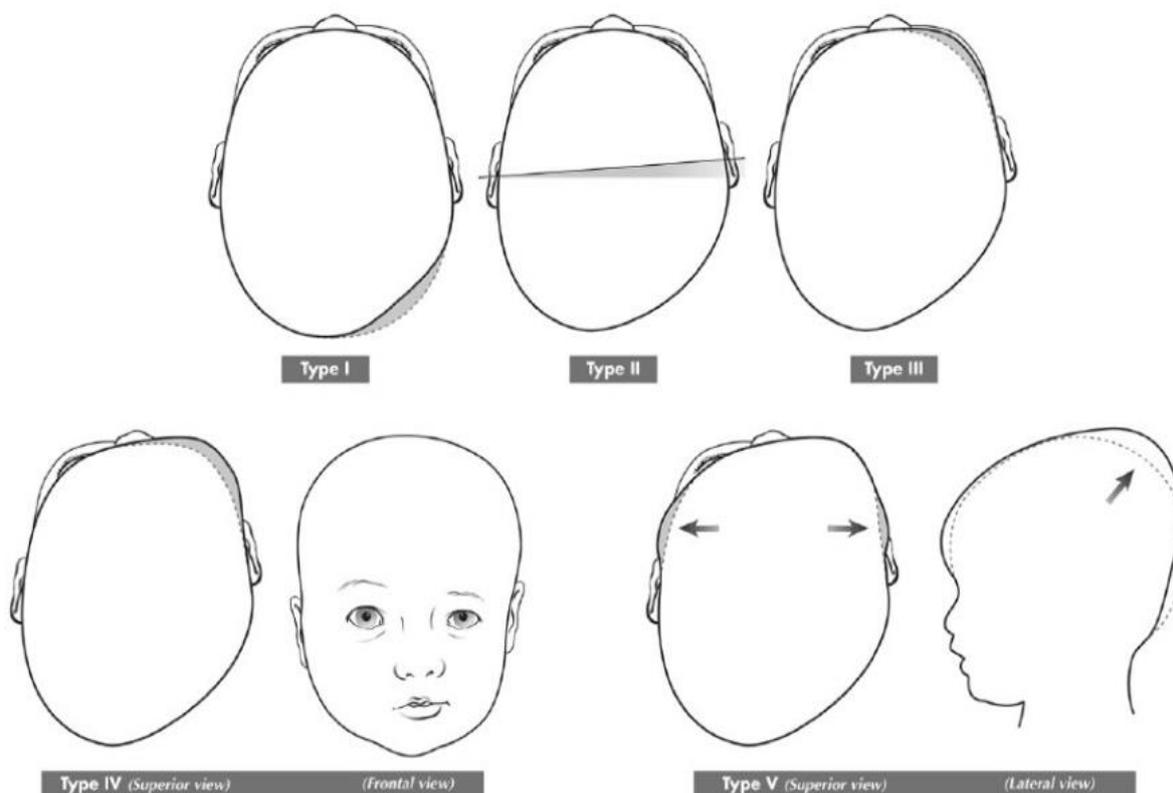
- La diagonale trans-crânienne (pour la plagiocéphalie latérale) : la différence entre les mesures diagonales trans-crâniennes droite et gauche est la différence trans-diagonale. (20)

Il n'y a pas de consensus professionnel ferme sur la meilleure façon subjective ou objective de classer la sévérité de la plagiocéphalie, la gravité d'une plagiocéphalie positionnelle est difficilement appréciable, même en utilisant des mesures craniométriques. (21)

Nous définissons trois types de gravité : faible, modérée et sévère. (10)

- La classification d'Argenta se base sur la clinique de la plagiocéphalie positionnelle. Elle définit cinq stades de la plagiocéphalie basée sur la présence ou l'absence de cinq signes cliniques : (22)

- Type 1 : Présence d'une asymétrie postérieure
- Type 2 : Présence d'une asymétrie postérieure et d'une malposition des oreilles
- Type 3 : Présence des caractéristiques du type 2 avec une asymétrie frontale
- Type 4 : Présence du type 3 avec une asymétrie faciale
- Type 5 : Présence du type 4 avec proéminences temporales ou croissance verticale et postérieure du crâne



**Illustration 4 : Classification d'Argenta (22)**

**Tableau 1 :**

**Tableau de sévérité basé sur 3 classifications : Argenta, Hutchison 2005 et Hutchison 2010 (22)(23)(24)**

Sévérité				
Légère	TDD <sup>b</sup> : 3-10 mm	Aplatissement limité à l'arrière du crâne (type I) <sup>c</sup>	CI <sup>d</sup> : 82-90 %	Déformation postérieure centrale (« ping-pong ball depression ») <sup>c</sup>
Modérée	TDD <sup>b</sup> :10-12 mm	Mauvaise position de l'oreille (type II), déformation frontale (type III) <sup>c</sup>	CI <sup>d</sup> : 90-100 %	Déformation postérieure centrale et élargissement postérieur du crâne <sup>c</sup> .
Sévère	TDD <sup>b</sup> > 12 mm	Déformation malaire (type IV), croissance temporale ou verticale du crâne (type V) <sup>c</sup>	CI <sup>d</sup> > 100 %	Croissance de la hauteur verticale de la tête ou bosse temporale.

Note : CI (*Cephalic index or Cranial index*) : indice céphalique ou indice crânien – TDD (*Transcranial diameter difference*) : différence du diamètre transversal du crâne.

Il n'y a pas de consensus professionnel ferme sur la meilleure façon subjective ou objective de classer la sévérité de la plagiocéphalie. Les catégories de sévérité sont basées sur des revues ou des rapports publiés. Le niveau de sévérité retenu par le clinicien devrait s'inscrire dans une évaluation globale et guider le praticien dans sa prise de décision à l'aide de l'algorithme fourni dans cet article.

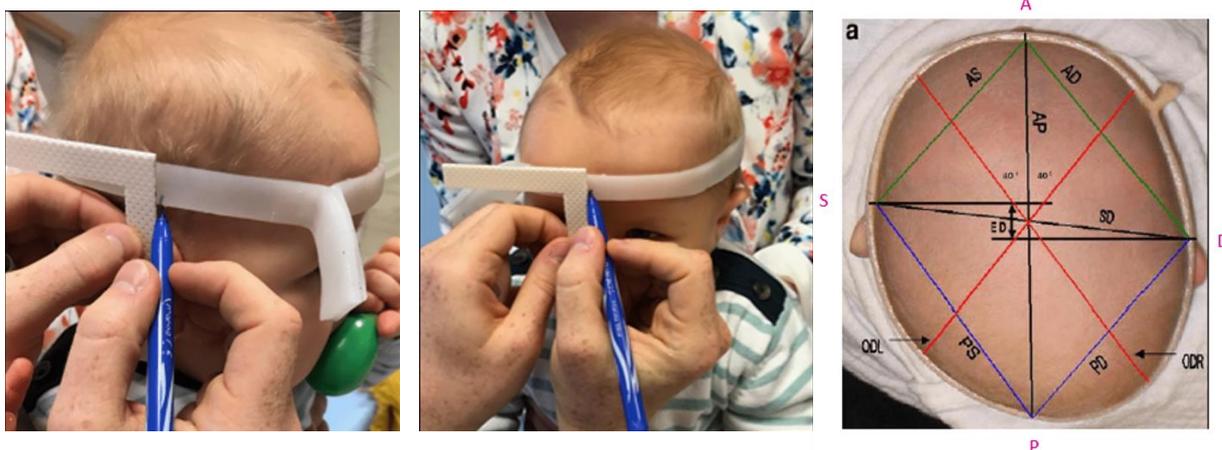
b basée sur Hutchison *et al.* (2005)

c basée sur Argenta *et al* (2004).

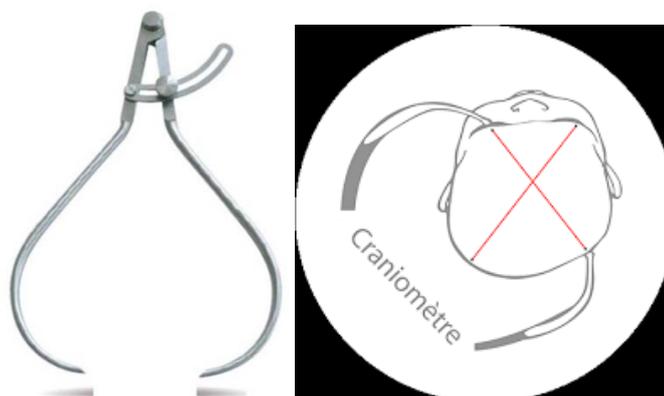
d basée sur Hutchison *et al.* (2010)

➤ Suivi d'une plagiocéphalie par les outils de mesure :

- La **plagiocéphalométrie** est une technique non-invasive permettant de suivre l'évolution d'une PP. Elle utilise des bandes thermoplastiques pour effectuer un moulage du crâne de l'enfant.(25) Les mesures sont rapidement réalisables en pratique, peu coûteuses et constituent un excellent support visuel objectif de l'évolution bidimensionnelle de la plagiocéphalie. C'est une méthode fiable bien qu'elle ne soit que bidimensionnelle, la combinaison de sa simplicité, sa fiabilité, sa validité, son faible coût, ainsi que l'absence d'effets secondaires en font un outil de référence pour la pratique quotidienne.
- Le **compas anthropométrique**, de calibration ou à coulisse, est la méthode la plus répandue dans la littérature. Son utilisation est simple et rapide. Il permet d'obtenir des mesures du crâne et de la face précises et reproductibles, bien que la validité et l'exactitude des mesures varie selon les limites comportementales des nourrissons.
- Le **scanner 3D** a été utilisé dans certaines études et permet de définir le critère de gravité, il ne peut être utilisé en pratique courante du fait de l'irradiation importante et potentiellement néfaste pour le nourrisson. Il nécessite également une anesthésie générale et a un certain coût. (21)



**Illustration 5 : Plagiocéphalométrie (bandes thermoplastiques) sur un enfant (image 1 et 2) avec mesures (image 3)**



**Illustration 6 : Compas de calibration ou craniomètre**

#### 1.5.4. Diagnostic différentiel

Le diagnostic d'exclusion de la plagiocéphalie est la craniosténose (ou craniosynostose), pathologie qui se développe en général in utero, avec une avancée rapide du processus de fermeture suturale par rapport aux sutures environnantes. (12)

- Comme cité précédemment, devant une déformation crânienne postérieure asymétrique, nous pouvons distinguer 2 grands types de plagiocéphalies selon leur mécanisme d'apparition :
  - La **plagiocéphalie par craniosténose** ou **craniosynostose**, cette forme de plagiocéphalie est rare (1/10.000 naissances pour la synostose coronale), et encore plus rare pour la synostose lambdoïde (1 à 3/100.000 naissances)
  - La **plagiocéphalie sans craniosténose**, dite **positionnelle** ou **posturale**, cette forme est très fréquente et concerne environ un nourrisson sur quatre.

Il est nécessaire de savoir différencier ces 2 formes car la prise en charge et le pronostic sont totalement différents. (2)(12)

**Tableau 2 : Diagnostic différentiel Plagiocéphalie positionnelle / Craniosténose**

	<b>Plagiocéphalie positionnelle</b>	<b>Craniosténose</b>
<b>Fréquence</b>	Très fréquent+++ (1/4)	Très rare (1/100 000)
<b>Âge d'apparition</b>	Intervalle libre après la naissance : premières semaines de vie	À la naissance
<b>Sexe</b>	Masculin (3/4 des cas)	Masculin
<b>Causes</b>	Extrinsèques (compression)	Inconnues
<b>Sutures crâniennes</b>	Normales	Fusion prématurée d'une ou de plusieurs sutures
<b>Croissance crânienne</b>	Normale	Retentissement sur la croissance
<b>Syndromes associés</b>	Rares	Fréquents
<b>Conséquences / complications</b>	Esthétiques	HTIC, troubles neurologiques
<b>Aspect clinique</b>	Parallélogramme	Trapézoïde
<b>Évolution</b>	S'aggrave jusqu'à 4-5 mois puis se stabilise ou régresse : amélioration spontanée possible	S'aggrave progressivement avec la croissance cérébrale : pas d'amélioration spontanée
<b>Traitements</b>	Conseils de repositionnement Kinésithérapie ± Ostéopathie Orthèse crânienne Rare chirurgie	Chirurgical

## **1.6. Conséquences et complications de la plagiocéphalie**

### **1.6.1. Neurologique / Développement psychomoteur**

Nous ne retrouvons jamais d'hypertension intracrânienne dans le cas de la plagiocéphalie positionnelle. Les sutures restent toujours fonctionnelles. Elles permettent la croissance normale du crâne ainsi qu'une expansion cérébrale.

Les études sur ce thème présentent des biais importants et ne permettent pas de savoir si les retards du développement suivent ou précèdent les déformations crâniennes.

La plagiocéphalie semble être associée à des déficits neurodéveloppementaux, notamment les troubles des fonctions motrices. Nous retrouvons également des troubles du langage, des troubles de l'apprentissage, des troubles visuo-perceptifs ainsi que des problèmes d'attention lors de tests neurologiques. (26)

- Ainsi, la présence d'une plagiocéphalie positionnelle n'implique pas nécessairement que la plagiocéphalie cause un retard développemental. Cependant, la présence d'une plagiocéphalie positionnelle peut être un marqueur de retard du développement, ce qui implique une nécessité de dépistage et d'accompagnement.

### **1.6.2. Asymétrie mandibulaire**

L'asymétrie mandibulaire est une conséquence anatomique d'une déformation crânienne. La déformation crânienne positionnelle pourrait être associée dans certains cas à une prévalence plus élevée des troubles de l'occlusion dans la dentition primaire.

Les études menées dans le but d'établir un lien de causalité entre la plagiocéphalie et l'asymétrie mandibulaire ont un faible niveau de preuve avec un manque de puissance de l'étude et une population étudiée faible. (27)

### **1.6.3. Complications ophtalmologiques**

Siatkowski et al. suggèrent en 2005 que la plagiocéphalie pourrait altérer le développement du champ visuel. Néanmoins la gravité de la déformation ainsi que la latéralité ne sont pas prédictives de la gravité des anomalies du champ visuel. De plus, l'échantillon est faible et l'étude rétrospective. (28)

- Devant une plagiocéphalie positionnelle, il faut être prudent et éliminer un trouble visuel.

### **1.6.4. Otites et troubles auditifs**

L'étude de Purzycki ne montrait pas d'augmentation significative de l'incidence d'otite moyenne chez les enfants présentant une plagiocéphalie positionnelle, cependant une fréquence plus élevée d'otite moyenne en cas de plagiocéphalie sévère était rapportée (bien que non statistiquement significative). (29) L'étude était de faible niveau de preuve avec une étude rétrospective, basée sur les déclarations des parents.

Balan et al. ont enregistré des amplitudes de potentiels évoqués nettement réduites dans le groupe plagiocéphalies positionnelles et synostotiques par rapport au groupe témoin.

Les données de cette étude suggèrent que la plupart des enfants avec plagiocéphalie ont un risque plus élevé de troubles de traitement de l'information auditive. Cependant, il est difficile de tirer des conclusions, sachant que la différenciation des deux types de plagiocéphalies n'est pas faite dans cette étude. De plus, l'échantillon étudié est faible. (30)

- Devant une plagiocéphalie positionnelle, il faut être prudent et rechercher un trouble auditif.

#### **1.6.5. Scolioses et troubles posturaux**

La revue de littérature de Saccucci avait pour but d'évaluer le type de troubles de l'occlusion dentaire les plus prédominants chez les sujets présentant des scolioses. Une partie de la revue est consacrée à l'association entre la plagiocéphalie et la scoliose.

Les auteurs concluent que l'association entre la présence, le temps d'apparition et le côté des deux déformations (plagiocéphalie et scoliose idiopathique) suggère une pathogenèse commune de ces deux déformations. (31)

L'étude de McMaster (1983) suggère une association étroite entre la plagiocéphalie et la scoliose idiopathique infantile. Les facteurs de risque et conseils de prévention de la scoliose proposés par l'auteur sont identiques à ceux proposés pour la prévention de la plagiocéphalie. Le début de la scoliose pourrait être associé à l'immobilité en position sur le dos ou latérale et il est possible qu'en posant le nouveau-né sur le ventre et en encourageant une motricité libre, l'incidence de la scoliose puisse décroître. (32)

#### **1.6.6. Esthétique**

D'un point de vue morphologique ou esthétique, la déformation a tendance naturellement à s'améliorer. Dans les formes plus prononcées et/ou en l'absence d'une prise en charge adaptée et précoce, les retentissements morphologiques ou esthétiques peuvent persister. (12)

Dans les différentes études, aucun facteur prédictif d'évolution séquellaire n'a été mis en évidence, mis à part une prise en charge précoce qui limitera la déformation et ses séquelles esthétiques.

Il est difficile d'obtenir des chiffres exacts sur ce sujet. Il a été estimé que 25% des enfants atteints de plagiocéphalie positionnelle à 6 mois avait un aplatissement résiduel à 2-3 ans, avec une prévalence globale de 2,4% à 3 ans. (33)

### **1.7. Les mesures de prévention**

La compliance parentale à la prise en charge est essentielle pour réduire la probabilité et la sévérité de la déformation crânienne.

- Les mesures de prévention sont de deux ordres :

- La **prévention primaire** se fait pour tous les nouveau-nés, avant l'apparition de toute déformation.
- La **prévention secondaire** est à mettre en place malgré l'apparition de la plagiocéphalie, son but étant de ralentir sa progression, faisant partie intégrante de la prise en charge.

### 1.7.1. Primaires

La plagiocéphalie apparaissant durant les premières semaines voire premiers mois de vie, la prévention se doit d'être faite pour tous les nouveau-nés et le plus tôt possible. Elle repose sur l'éducation des parents, qui est la clé de la prévention et du traitement de la plagiocéphalie.

Cette prévention est basée sur le concept de la motricité libre et spontanée du nourrisson, concept décrit par Emmi Pickler, pédiatre hongroise, en 1930. Il s'agit de laisser évoluer l'enfant dans des conditions adéquates de liberté de mouvement sans intervention modificatrice de la part de l'adulte.(34)

L'information peut être délivrée dans un premier temps pendant la grossesse et lors du séjour en maternité, mais aussi dans un second temps lors des visites médicales régulières de suivi, par le médecin ou le pédiatre.

#### ➤ Conseils de positionnement (3) :

- Alterner la position du bébé

Il est recommandé d'alterner la position du nouveau-né la journée et la nuit, aussi bien lors du portage, lors de l'alimentation notamment au biberon (l'allaitement maternel favorise une alternance des positions), la position dans le lit ou même la disposition du lit dans la chambre. Il est important de combiner les conseils de prévention de la plagiocéphalie avec ceux de la mort subite du nourrisson. Une information sur la position de sommeil en décubitus dorsal strict est nécessaire.

- Le décubitus ventral en phase d'éveil

Lors des phases d'éveil, l'enfant devrait être mis sur le ventre au moins dix à quinze minutes, au moins trois par jour sous la surveillance permanente de ses parents, ce qui permettrait de participer au développement des muscles axiaux, donc un meilleur tonus axial et faciliter le retournement du nouveau-né.

- Éviter tout matériel venant contraindre l'enfant à l'immobilité

Que ce soit le transat, le cosy, la coque de transport ou le siège auto, il est déconseillé de laisser le nourrisson dans ces sièges pour une durée prolongée et en dehors des périodes de transport. Ces sièges venant limiter la motricité libre spontanée du nourrisson. Les objets de contention mais aussi le matériel de puériculture, tels que le cale-tête, le cale-bébé, le mobile ou l'arche... sont inutiles et délétères. Il est important également d'ouvrir le champ de vision de l'enfant, en supprimant le tour de lit, en alternant la position de la tête.

#### ➤ Stimulations visuelles et auditives (3) :

- Interactions avec le nouveau-né

Que ce soit par le portage, par certains jeux, il est important d'alterner les stimuli visuels et auditifs, ainsi que le côté de la stimulation, le but étant de favoriser la rotation du cou.

### 1.7.2. Secondaires

Quand la plagiocéphalie est installée, les mêmes stratégies de prévention peuvent être utilisées pour en limiter la progression, on parle alors de prévention secondaire.

De nouveau, la compliance parentale est essentielle pour une meilleure efficacité des conseils de positionnement.

Les conseils de prévention peuvent permettre une amélioration spontanée. 70 % des cas de plagiocéphalies positionnelles s'amélioreraient spontanément en respectant ces conseils.

Il existe des manœuvres que les parents peuvent facilement réaliser lors des changements de couche, mobiliser les hanches du nourrisson en maintenant le tronc, masser les mains, les pieds pour venir détendre les muscles. Ces manœuvres peuvent s'apparenter à de la prévention secondaire, mais généralement conseillés par le kinésithérapeute.

## 1.8. Traitements

### 1.8.1. Traitement du torticolis

Le torticolis est une rotation passive du cou limitée à la naissance, il est donc important de vérifier l'amplitude des mouvements passifs et actifs du cou pour déceler le torticolis.

- Il existe deux grandes formes de torticolis :
  - Le **torticolis postural**, attitude préférentielle en rotation active intermittente mais sans limitation à la mobilisation passive controlatérale.
  - Le **torticolis musculaire congénital**, attitude préférentielle en rotation permanente avec une limitation à la mobilisation passive controlatérale. S'il n'est pas pris en charge de manière précoce, il peut être la cause de l'apparition d'une plagiocéphalie. Le torticolis doit être pris en charge par un kinésithérapeute rapidement.

Le torticolis résiduel peut conduire également à des postures compensatoires asymétriques affectant l'horizontalité du regard, l'équilibre des ceintures scapulaires et pelviennes.

Le torticolis entretient la position de la tête sur le côté aplati (si plagiocéphalie associée) et peut générer une déformation faciale plus importante. Donc, si un torticolis est présent, des exercices de mouvement du cou devraient être appris aux parents comme faisant partie de la prise en charge. Les exercices du cou devraient être effectués à chaque changement de couche. Il y a trois répétitions par exercices, et le temps supplémentaire estimé est de 2 minutes par changement de couche. De plus, il faut apprendre aux parents la technique de la chaise ou du tabouret tournant pour favoriser le mouvement du cou de l'enfant.

## 1.8.2. Traitement de la plagiocéphalie

### 1.8.2.1. Conseils de positionnement / Thérapie positionnelle

- Comme cité précédemment dans la partie prévention primaire, la thérapie de repositionnement consiste à :
  - **Alterner la position du bébé** (lors du portage, de l'alimentation notamment au biberon, la position dans le lit), un positionnement de l'enfant tel que la partie arrondie de la tête soit placée contre le matelas
  - **Le décubitus ventral en phase d'éveil** : au moins dix à quinze minutes, au moins trois fois par jour sous la surveillance permanente de ses parents
  - **Éviter tout matériel venant contraindre l'enfant à l'immobilité**, les objets de contention venant limiter la motricité libre spontanée du nourrisson.

Le repositionnement est un traitement efficace pour le traitement de la plagiocéphalie, cependant plusieurs études montrent que le repositionnement est inférieur à la thérapie physique (force de la recommandation niveau I) et à l'utilisation du casque (force de la recommandation niveau II). (35)

Les recommandations de repositionnement sont plus pertinentes pour les très jeunes enfants, de quatre mois ou moins, bien que ces recommandations soient adaptées pour n'importe quel âge. Trois essais contrôlés randomisés comparant différentes paires de traitements ont montré que la thérapie de repositionnement peut être efficace comme thérapie unique, améliorant l'asymétrie crânienne, particulièrement pour les déformations légères à modérées.

### 1.8.2.2. Thérapies manuelles

#### 1.8.2.2.1. Kinésithérapie

La thérapie de repositionnement associée à la kinésithérapie est l'intervention de choix chez la plupart des enfants présentant une plagiocéphalie positionnelle légère à modérée.

Le traitement par kinésithérapie associe un travail actif et un travail passif. Le travail actif par la stimulation visuelle (objets de couleur vive) ou sonore et un travail passif qui se doit d'être lent et doux (mobilités d'inclinaison et de rotation). Le gain des mobilités doit être progressif et indolore.

- Les séances vont comporter :
  - Des exercices pour réduire la préférence positionnelle et stimuler le développement moteur
  - Des conseils aux parents concernant le contre-positionnement, les soins et la manipulation du bébé, ainsi que les causes du positionnement préférentiel de la tête.

#### 1.8.2.2.2. Ostéopathie

La pratique de manipulations du rachis cervical ainsi que la pratique de manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois, sont réservées aux titulaires d'un diplôme médical ou paramédical, ou nécessiteront un diagnostic établi par un médecin attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie (article 3, décrets N° 2007-435 du 25 mars 2007). (36)

L'ostéopathe pédiatrique n'utilise que des mobilisations et non des manipulations. Les mobilisations sont autorisées.

Depuis 2012, les règles de bonnes pratiques de la SEROPP (société européenne de recherche en ostéopathie périnatale et pédiatrique) préconisent des techniques basées sur des mobilisations respectueuses et adaptées au développement de l'enfant. (article 19 des statuts) (37)

Le problème que pose l'ostéopathie est que les professionnels bénéficient de formations hétérogènes. L'ostéopathie apporte un soulagement et est efficace dans les douleurs d'origine vertébrale, mais sans supériorité prouvée par rapport aux alternatives plus classiques. Dans les autres indications, on ne peut conclure en l'état actuel des études disponibles. (38)

Des évènements indésirables rares mais graves peuvent survenir lors de manipulations des vertèbres cervicales.

### 1.8.2.3. Orthèse crânienne

➤ La thérapie par casque est recommandée dans le cas :

- D'une **plagiocéphalie modérée ou sévère à un âge avancé**
- D'une **plagiocéphalie modérée ou sévère persistante** après traitement par repositionnement et/ou kinésithérapie

L'orthèse ou casque de contraintes est confectionné par moulage, sur-mesure permettant d'éviter l'appui prolongé sur la zone aplatie. Sur la durée du traitement, l'évolution de la plagiocéphalie et la croissance du crâne peuvent nécessiter la confection d'un second voire d'un troisième casque. Le casque sera porté souvent 23 heures sur 24 heures, sur plusieurs mois.

Les meilleurs résultats de la thérapie par casque surviennent entre les 4 à 12 mois du nourrisson, du fait de la plus grande malléabilité des os du crâne et de l'effet correcteur de la croissance rapide du cerveau. Avec une moins bonne efficacité après l'âge de 12 mois. La durée moyenne de traitement par casque est de 3 à 6 mois.

La revue de littérature de Xia (2008, États-Unis) retrouve des preuves selon lesquelles la thérapie par casque est plus efficace que le repositionnement pour réduire l'asymétrie crânienne chez les enfants présentant une plagiocéphalie. Cependant, les études sont potentiellement biaisées et des recherches supplémentaires sont nécessaires. (39)

Sur la base d'une efficacité équivalente de la thérapie par casque et de la non-thérapie, de la forte prévalence des effets indésirables (lésions cutanées) et des coûts élevés (1000 à 1500 euros), associés à la thérapie par casque, les auteurs n'encouragent pas à l'utilisation de la thérapie par casque comme traitement standard chez les enfants en bonne santé présentant une déformation modérée à sévère du crâne (Van Wijk, 2014, Pays-Bas). (40)



**Illustration 7 : Dessin d'une orthèse crânienne portée par un enfant**

#### **1.8.2.4. Chirurgie**

L'intervention chirurgicale est rarement nécessaire, elle n'est indiquée qu'en cas de plagiocéphalie très sévère sans amélioration ou de craniosynostose confirmée.

L'indication chirurgicale est toujours après 18-24 mois, quand le crâne n'a quasiment plus de potentiel de remodelage osseux. Elle est réservée aux préjudices esthétiques majeurs persistants après épuisement de tous les autres traitements existants et sur demande des parents. Cependant, la balance bénéfice-risque est clairement en défaveur du geste chirurgical qui reste un geste lourd et risqué (hospitalisation, anesthésie générale, risque hémorragique, infectieux...) (41)

➤ Synthèse

○ Avant cinq à six mois :

Le repositionnement est le plus efficace sur cette tranche d'âge

○ De 5 à 6 mois :

Le repositionnement n'est pas aussi efficace alors que les enfants sont plus mobiles, cependant il est encore bénéfique de positionner l'enfant sur le ventre pendant les temps d'éveils. Pour les enfants dans cette tranche d'âge qui présentent une plagiocéphalie modérée à sévère sans amélioration par repositionnement, et qui présentent des déformations de l'oreille et de la face, ils peuvent bénéficier d'un casque.

○ 12 mois et plus :

Les stratégies de repositionnement ne sont pas applicables et n'apportent plus de bénéfices. La forme de la tête va continuer à s'améliorer avec une croissance et un développement normal, mais le crâne devient progressivement moins malléable, les améliorations supplémentaires seront moins probables.

**Le traitement de la plagiocéphalie nécessite une prise en charge globale et précoce du nourrisson : étant donné la courbe de croissance du périmètre crânien, il est important d'agir avant 6 mois.**

La prise en charge de la plagiocéphalie positionnelle inclut les conseils de prévention, les ajustements mécaniques et les exercices. La compliance parentale au plan de prise en charge est essentielle pour réduire la probabilité et la sévérité de la déformation crânienne. Le casque est une option pour les patients présentant une déformation sévère ou une forme crânienne qui est réfractaire aux ajustements thérapeutiques physiques et aux changements de position. La chirurgie est rarement nécessaire, mais peut être indiquée dans les cas sévères réfractaires de plagiocéphalie positionnelle, ou pour le nourrisson atteint de craniosynostose.

### **1.9. Objectifs et problématique de l'étude**

La prévalence de la plagiocéphalie positionnelle postérieure a connu une forte augmentation depuis la campagne de prévention de la MIN dans les années 1990, préconisant un couchage sur le dos.(42)(43)

Face à cette problématique, l'association *Le Lien* (association de défense des patients et des usagers de la santé) a alerté la Haute Autorité de Santé (HAS) en avril 2017 sur la sous-estimation du nombre de cas de plagiocéphalies et ses conséquences.(44) La HAS a publié en mars 2020 les premières recommandations françaises visant à améliorer la prévention de la mort inattendue du nourrisson, et surtout la déformation crânienne d'origine positionnelle (DCP).(3)

L'absence de dispositif de prévention a pu conduire certains médecins à une sous-estimation de cette problématique, par manque d'intérêt ou par méconnaissance, entraînant ainsi un retard de prise en charge et parfois une errance des parents dans le parcours de soins.

Suite à la parution de ces recommandations et devant la prévalence en augmentation de la plagiocéphalie, l'objectif est d'optimiser la prise en charge de celle-ci en améliorant la prévention primaire et secondaire faite auprès des parents, et en s'adaptant au mieux à leurs besoins et leurs attentes par tout professionnel de santé.

L'objectif de cette étude est ainsi de recueillir le vécu des parents, ainsi que leurs ressentis quant à la prise en charge de la plagiocéphalie positionnelle de leurs enfants en médecine générale depuis les recommandations de la HAS de mars 2020, et de déterminer leurs besoins et leurs attentes quant à la prévention (primaire et secondaire) afin d'optimiser la prise en charge de la plagiocéphalie.

L'objectif secondaire est l'élaboration d'une fiche d'information et de conseils de prévention, destinée aux parents, à l'usage des médecins généralistes, pour une amélioration de l'accompagnement de la plagiocéphalie en médecine générale.

## **2. MATÉRIEL ET MÉTHODE**

### **2.1. Recherche bibliographique**

La recherche documentaire a été réalisée avec la base de données Pubmed, le moteur de recherche Google Scholar, Google, la banque de thèse SUDOC (Système Universitaire de Documentation), DUMAS (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance), CISMef (Catalogue et index des sites médicaux de langue française) et les sociétés savantes de pédiatrie et de néonatalogie pour les recommandations. Les mots-clés utilisés pour ces recherches étaient : « médecine générale », « plagiocéphalie », « déformation crânienne », « brachycéphalie », « plagiocéphalie non synostotique », « prévention », « facteurs de risques », « traitement », « complication », « recommandation », « épidémiologie ». Ces documents ont été référencés et organisés à l'aide du logiciel Zotero.

### **2.2. Type d'étude**

La recherche qualitative combine plusieurs techniques de collecte et d'analyse de données. Elle est ouverte au monde de l'expérience, du vécu des individus, des groupes et de la société. Elle valorise l'exploration inductive et élabore une connaissance holistique de la réalité, grâce à la génération d'idées et d'hypothèses à partir de données verbales.(45)

L'objectif de ce type d'étude est la compréhension et l'interprétation de phénomènes et d'événements dans leur milieu naturel. Contrairement à la méthode quantitative, qui teste des hypothèses, la recherche qualitative est une méthode inductive, dont l'objectif est de créer des hypothèses à partir d'éléments complexes, difficiles à mesurer.

L'approche qualitative semblait particulièrement adaptée à notre étude, cherchant à explorer le ressenti, le vécu parental autour du diagnostic et de la prise en charge de la plagiocéphalie en médecine générale, ainsi que définir les besoins et les attentes des parents envers leur médecin généraliste.

### **2.3. Population étudiée et recrutement**

#### **2.3.1. Recrutement des participants**

Le recrutement s'est fait auprès des cabinets de médecine générale, ainsi qu'auprès des cabinets de kinésithérapie et d'ostéopathie pédiatrique. Le recrutement a été fait par téléphone, le professionnel de santé a ensuite exposé notre étude auprès des parents de nourrissons ayant ou ayant eu une plagiocéphalie positionnelle postérieure dans sa patientèle. Si les parents étaient intéressés pour participer à notre étude, le professionnel nous transmettait alors leurs coordonnées. Nous les contactons dans un second temps pour fixer un rendez-vous, afin de mener l'entretien selon leurs disponibilités.

Le recrutement a été mené de janvier à février 2021 et a été arrêté après saturation des données.

### **2.3.2. Critères d'inclusion / d'exclusion des participants**

Les critères d'inclusion de notre étude était l'existence d'une plagiocéphalie positionnelle postérieure chez les nourrissons de moins de 12 mois, ainsi que les nourrissons ayant présentés une plagiocéphalie positionnelle postérieure leur première année de vie, même si celle-ci s'était résorbée.

Dans les critères d'exclusion, nous retrouvons l'âge des nourrissons supérieur à 12 mois, la plagiocéphalie autre que postérieure, la craniosténose.

## **2.4. Recueil des données**

Nous avons choisi de rencontrer des parents à leur domicile dans la majorité des cas, au cours d'entretiens individuels (16 entretiens individuels, 2 entretiens de couple). La méthode, qui nous a semblé la plus adaptée à cette recherche, est celle des entretiens semi-dirigés. Leur but est d'aborder des thèmes généraux sur un mode proche de la conversation, et d'en dégager des idées à partir du phénomène étudié.

### **2.4.1. Entretiens semi-dirigés**

Les entretiens semi-dirigés sont structurés par un guide d'entretien composé de questions ouvertes qui permettent d'introduire les différents thèmes de discussion, stimulant ainsi la réflexion.

➤ L'entretien fait appel à plusieurs prérequis :

- Guider la discussion
- Ramener le débat vers le sujet principal avec subtilité et tact, si nécessaire
- Adopter une attitude d'écoute active avec attention et sensibilité
- Garder une attitude la plus neutre possible sans exprimer son propre point de vue
- Être flexible, et modifier si besoin l'ordre des questions pour mieux s'adapter au fil de la discussion
- User de stratégies d'intervention telles que la relance, qui favorise une rétroaction du participant sur son propre discours et amène à expliciter davantage sa pensée
- Reformuler si besoin
- Approfondir les idées en demandant des précisions
- Gérer le silence ou la pause active, après un commentaire en gardant le contact visuel, pouvant encourager d'autres commentaires ou avis

### **2.4.2. Guide d'entretien**

Le guide d'entretien a été la base de l'étude. En effet, il a permis de répondre à l'ensemble des thématiques de la question de recherche. L'intervieweur s'adapte à la personne interviewée et explore les pistes évoquées quitte à s'éloigner du guide d'entretien. Ce dernier est donc évolutif, amené à être modifié, afin de préciser certaines notions ou d'élargir le champ de discussion. Ce guide (*Annexe 1*) a été conçu avec l'aide de mon directeur de thèse.

### **2.4.3. Constitution de l'échantillon**

Le mode d'échantillonnage choisi a été celui d'un échantillon raisonné, c'est-à-dire, non probabiliste, consistant à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible, donc choisis de façon non aléatoire. L'analyse des entretiens a eu lieu en même temps que le recueil des données. Le nombre d'entretiens n'a pas été défini dès le début de l'étude, ceux-ci ont cessés lorsque nous sommes arrivés à saturation des données.

### **2.4.4. Réalisation et retranscription des entretiens**

L'enregistrement des entretiens s'est fait au moyen de deux dictaphones numériques, après accord des participants et sous réserve d'un anonymat complet. Les enregistrements audios ont été retranscrits en texte dans leur intégralité respectant la méthodologie suivante : les propos des sujets ont été retranscrits tels quels, mot pour mot, sans les interpréter. Les moments de silence ainsi que les hésitations, les rires, la communication non verbale ont été notés.

Les enregistrements audios des entretiens ont été plusieurs fois réécoutés et les retranscriptions relues et modifiées si besoin, afin d'avoir une retranscription la plus fidèle possible.

### **2.4.5. Éthique / Anonymat des données**

Les participants ont signé une feuille d'informations et de consentement (*Annexe 2*), les informant que tous les renseignements obtenus pour ce travail de thèse seraient confidentiels. Ces renseignements seraient codés et anonymisés.

Par ailleurs, ils ont également été informé que les résultats de cette recherche pourraient être publiés ou communiqués, mais aucune information pouvant les identifier ne sera alors dévoilée. Les enregistrements seraient détruits à la fin du travail de thèse.

Le comité d'éthique du CHU de Rennes a émis un avis favorable à la réalisation de l'étude le 8 janvier 2021 (Avis N°20.175) (*Annexe 3*).

## **2.5. Méthode d'analyse des résultats**

Après retranscription, nous avons procédé à une analyse axiale et thématique du verbatim, en classant les idées en grands thèmes, basée sur le guide d'entretien. Les entretiens ont été déconstruits, afin d'en repérer les idées significatives, puis ces dernières ont été catégorisées afin d'en dégager les thèmes principaux, puis les sous-thèmes.

### 3. RÉSULTATS

#### 3.1. Population étudiée

Seize entretiens individuels et deux entretiens de couple ont été réalisés. Les entretiens ont presque tous eu lieu au domicile des parents, en face-à-face, tout en respectant les règles sanitaires liés à la COVID-19. Seul un entretien s'est fait par visioconférence pour des raisons de logistique. Le recrutement a été arrêté après saturation des données. Les caractéristiques de la population sont résumées dans les tableaux ci-dessous (caractéristiques des parents et caractéristiques des enfants).

**Tableau 3 : Caractéristiques de la population étudiée (parents)**

ENTRETIEN	DURÉE (MIN'SEC'')	SEXE	ÂGE (ANNÉES)	SITUATION FAMILIALE	PROFESSION	LIEU DE RÉSIDENCE
<b>E1</b>	26'47''	Couple	M 36 P 32	Concubinage	M chômage P ingénieur	Rennes
<b>E2</b>	18'50''	F	M 25 P 26	Mariés	M professeur P directeur EHPAD	Rennes
<b>E3</b>	29'59''	F	M 31 P 30	Concubinage	M responsable magasin P intérimaire	Saint- Jacques- de- la-Lande
<b>E4</b>	27'	F	M 38 P 38	Concubinage	M infirmière P formateur	Rennes
<b>E5</b>	24'08''	F	M 28 P 33	Mariés	M conducteur travaux P chef d'entreprise	Le Rheu
<b>E6</b>	25'03''	F	M 34 P 34	Mariés	M ingénieur P ingénieur	Rennes
<b>E7</b>	22'07''	F	M 26 P 29	Concubinage	M conseillère vente P technicien	Rennes
<b>E8</b>	20'45''	F	M 33 P 33	Mariés	M ingénieur P responsable web-marketing	La Bouëxière
<b>E9</b>	28'56''	F	M 31 P 26	Concubinage	M serveuse au chômage P préparateur de commandes	Lalleu
<b>E10</b>	23'33''	F	M 33 P 33	Mariés	M chargé administration P dessinateur mètreur	Goven
<b>E11</b>	43'37''	F	M 30 P 32	Pacsés	M bibliothécaire P bibliothécaire	Rennes
<b>E12</b>	35'59''	F	M 28 P 30	Pacsés	M enseignante P agriculteur	Dinan

<b>E13</b>	32'40"	F	M 26 P 26	Concubinage	M professeur des écoles P physicien médical	Orgères
<b>E14</b>	29'09"	Couple	M 28 P 27	Mariés	M attachée de presse P ingénieur	Rennes
<b>E15</b>	36'32"	F	M 36 P 33	Pacsés	M bibliothécaire P informaticien	Saint-Armel
<b>E16</b>	36'31"	F	M 37 P 38	Pacsés	M secrétaire en mairie P ingénieur	Vern-sur-Seiche
<b>E17</b>	30'02"	F	M 36 P 38	Pacsés	M professeur P développeur informatique	Rennes
<b>E18</b>	59'17"	F	M 31 P 32	Pacsés	M professeur et directrice d'école P ingénieur	Rives du Couesnon

Légende :      **M** : Maman      **P** : Papa      **F** : Féminin

**Tableau 4 : Caractéristiques de la population étudiée (nourrissons)**

ENTRETIEN	ÂGE (MOIS)	SEXE	POSITION DANS LA FRATRIE	TERME À LA NAISSANCE (SA + JOURS)	MODE DE GARDE	SUIVI	MÉTHODE D'ALIMENTATION À LA NAISSANCE
<b>E1</b>	7	M	1er	37 + 1	Maman	Pédiatre	Mixte
<b>E2</b>	11	M	1er	40	Crèche	MG	AM
<b>E3</b>	11	F	1er	36 + 4	Maman	Pédiatre	LA
<b>E4</b>	6	M	1er	40 + 5	Ass.M.	Pédiatre + MG	AM
<b>E5</b>	6	M	1er	38	Crèche	MG	LA
<b>E6</b>	4	F	1er	38	Maman	Pédiatre	LA
<b>E7</b>	4	F	1er	38 + 4	Nourrice	MG	AM puis mixte
<b>E8</b>	5	M	2ème	39	Ass. M.	MG	AM puis LA
<b>E9</b>	9	M	1er	35 + 4	Maman	MG	AM puis LA
<b>E10</b>	6	F	1er	38 + 3	Ass. M.	MG	LA
<b>E11</b>	7	M	1er	40 + 3	Papa	MG	AM
<b>E12</b>	11	M	1er	36 + 3	Ass. M.	Pédiatre + MG	LA
<b>E13</b>	7	M	1er	40	Ass. M.	MG	AM puis LA
<b>E14</b>	2	M	1er	40	Maman	MG	LA
<b>E15</b>	10	M	1er	42	Nounou	Pédiatre	AM puis LA
<b>E16</b>	5	F	2ème	35 + 3	Maman	MG	LA
<b>E17</b>	4	M	1er	40	Nounou	MG	AM puis LA
<b>E18</b>	2	F	2ème	39	Maman	MG	Mixte puis LA

Légende :      **AM** : allaitement maternel      **LA** : lait artificiel      **SA** : semaines d'aménorrhée  
**Ass. M.** : assistante maternelle      **M** : masculin      **F** : féminin      **MG** : médecin généraliste

### 3.2. Caractéristiques des entretiens

- Les entretiens ont duré en moyenne 30 minutes et 41 secondes (de 18 minutes 50 secondes à 59 minutes 17 secondes). Les entretiens menés ont concerné 16 femmes et 2 couples. L'âge moyen était de 31 ans et 7 mois (de 25 ans à 38 ans).
- Sur 18 enfants :
  - 12 enfants étaient suivis par le médecin généraliste (MG)
  - 4 enfants étaient suivis par le pédiatre
  - 2 enfants étaient suivis à la fois par le MG et le pédiatre
- La saturation des données a été obtenue à partir du 16ème entretien. Les 17 et 18èmes entretiens ont été réalisés afin de confirmer la saturation des données.

### 3.3. Analyse des résultats de l'étude

#### 3.3.1. Définition de la plagiocéphalie

##### 3.3.1.1. Déformation de la tête

- La plagiocéphalie est vue comme une déformation du crâne ou de la tête, comme un aplatissement d'une partie du crâne :
  - ◆ « *C'est un plat derrière la tête [...], bah, juste par une petite déformation du crâne* » E2
  - ◆ « *Il avait un côté de la tête qui était un peu plus plat* » E4
- L'aplatissement peut être situé sur le côté du crâne ou à l'arrière de celui-ci :
  - ◆ « *Eh bien, euh, je dirais que c'est lorsque le crâne du bébé s'aplatit, euh, soit sur les côtés, soit derrière [...], aplatissement ou même déformation* » E6

##### 3.3.1.2. Une malformation, voire une pathologie

Elle est vue dans certains cas comme une malformation, voire une pathologie :

- ◆ « *Cette petite malformation* » E7
- ◆ « *C'est les seules choses, en fait, que je sais réellement de cette pathologie, quoi [...], c'était plus par rapport à sa pathologie à lui* » E5
- ◆ « *À la base, je voyais plus ça comme quelque chose de bien pathologique, parce que c'est quelque chose que je vois dans mon travail à l'hôpital* » E4

##### 3.3.1.3. Fréquence

- La plagiocéphalie a une prévalence élevée et plusieurs parents se rendent compte qu'elle n'est pas rare, qu'elle touche beaucoup d'enfants :
  - ◆ « *On sentait que c'était normal et que ça arrivait à d'autres enfants [...]. Elle nous a dit que c'était quand même assez fréquent* » E2
  - ◆ « *J'avais même lu que c'était assez fréquent [...]. C'est vraiment très fréquent* » E11
- Une maman a même plusieurs enfants ayant une plagiocéphalie dans son entourage :

- ◆ « *J'avais au moins deux copines, dont les bébés avaient ce problème-là... et donc, en fait, c'est que ça arrive quand même plus souvent que ce qu'on pense* » E11
- Avec une prévalence de presque un enfant sur deux pour cette maman :
  - ◆ « *Il y en a 40 % quand même qui sont atteints, c'est le chiffre qu'on m'a donné* » E8
- Les parents sont rassurés par le fait que la plagiocéphalie soit assez fréquente :
  - ◆ « *Donc je me dis que bon, on n'est pas les seuls dans ce cas-là* » E8
  - ◆ « *Je savais que c'était pas grave [...] ça se traitait très bien que c'était fréquent* » E11

#### 3.3.1.4. Pas anormale

La plagiocéphalie est vu comme quelque chose qui n'est pas anormale :

- ◆ « *Ça pourrait être remis avec le temps que ce n'était pas anormal* » E3

### 3.3.2. Connaissances de la plagiocéphalie

#### 3.3.2.1. Avant le diagnostic

- Connaissance de la tête plate et du terme « plagiocéphalie »

Peu de parents connaissaient le terme « plagiocéphalie » avant le diagnostic de leur enfant :

  - ◆ « *Si, j'en avais déjà entendu parler (de la plagiocéphalie), puis quelques fois on voit les enfants mais on l'assimile plus à la tête plate...en fait le...le terme qu'on emploie le plus souvent chez les parents, c'est la tête plate et pas la plagiocéphalie, mais, euh, bon, c'est assez commun* » E8
  - ◆ « *Ça, je le savais, en plus dans la série « Jane the Virgin », ils en parlent (rires). [...] Je savais ce que c'était, oui* » E11
- Connaissance de la tête plate mais pas du terme « plagiocéphalie »
  - La majorité des parents avait connaissance de la tête plate mais n'ont jamais entendu le terme « plagiocéphalie » :
    - ◆ « *On avait déjà entendu parler de déformation du crâne, mais je ne savais pas ce que c'était la plagiocéphalie* » E7
    - ◆ « *Non, je ne savais pas que ça s'appelait « plagiocéphalie », j'appelais ça une tête plate* » E10
    - ◆ « *Bah, j'en avais entendu parler sans forcément connaître le terme* » E9
  - Avec même une difficulté à retenir ce terme, qui s'apparentait plus à un terme médical :
    - ◆ « *Je vous avoue que le mot plagiocéphalie même...après avoir été pris en charge, je n'ai pas réussi à le retenir, ça fait peut-être deux semaines, trois semaines que j'arrive à le retenir ce mot* » E7
    - ◆ « *Alors, bien sûr, bah, je ne connaissais pas le terme, et quand elle m'a dit après : « tête plate », oui... ça me parle, mais c'est vrai que les termes médicaux, c'est... je ne les avais encore jamais entendus* » E12
- Terme inconnu
  - Jamais vu, jamais entendu :

Ni la tête plate, ni le terme de plagiocéphalie n'étaient connus.

◆ « *Ouais, moi, non, non jamais, ni le terme, ni le principe* » E14

◆ « *Je connaissais pas du tout, je savais pas du tout ce que c'était réellement* » E5

○ Jamais entendu mais déjà vu :

Une maman avait déjà vu des enfants ayant la tête plate sans savoir réellement ce que c'était et la prise en charge qui pouvait en découler :

◆ « *Non, avant qu'on me le dise, je ne connaissais pas [...] parce que j'avais déjà vu des enfants avec la tête plate, mais je ne savais pas ce que ça voulait dire, et, du coup, je ne savais pas que c'était, euh... quelque chose qui pouvait avoir un suivi médical* » E3

### 3.3.2.2. Les causes

➤ Due à une mauvaise position

○ Avant la naissance, dans la vie intra-utérine

▪ Pendant la vie intra-utérine, l'enfant peut prendre une mauvaise position dans l'utérus, position qu'il gardera à la naissance ou il peut également conserver des tensions musculaires suite à cette mauvaise position :

◆ « *Il avait une espèce de torticolis, et puis des tensions sans doute liées aussi à sa position dans le ventre* » E17

◆ « *C'était dès le début, dans le ventre, en fait [...], c'était une mauvaise position, euh, il était trop contre ma paroi utérine* » E13

▪ Une mauvaise position, lors de l'engagement dans le bassin pendant l'accouchement, peut être également à l'origine de cette déformation :

◆ « *Il était tourné comme ça dans, euh, dans l'utérus, et que c'était dans cette position là qu'il était coincé aussi dans le, euh, au moment de l'accouchement [...]. C'est vraiment la position dans le bassin qui a dû déclencher ça* » E14

◆ « *Il était coincé dans mon bassin* » E14

◆ « *La tête aurait poussé sur le bassin, et du coup, ça aurait créé ce plat* » E2

○ Après la naissance

▪ Association entre plagiocéphalie et mauvaise posture

Il existerait une association entre la mauvaise posture que prend l'enfant et l'apparition de la plagiocéphalie.

◆ « *Il se positionnait en virgule* » E14

◆ « *C'est justement un mauvais placement au niveau du cou [...]. Il avait vraiment une position dès qu'il était allongé, en virgule* » E13

La mauvaise position de l'enfant déclencherait une mauvaise position de la tête et donc l'aplatissement du crâne :

◆ « *Donc, on a commencé à regarder, euh, sa position. On a vu qu'elle avait du coup une habitude de se courber au niveau de la hanche, et donc ça pouvait en même temps favoriser du coup le... la position de la tête* » E7

▪ Association entre plagiocéphalie et blocage

L'enfant présentait un blocage d'une ou de plusieurs parties de son corps, induisant des tensions musculaires, un mauvais positionnement et par conséquent la déformation crânienne :

- ◆ « *La seule chose que je vois, qui provoque la plagiocéphalie, pour moi, c'est le fait que, alors, peut-être le bébé est coincé au début* » E10
- ◆ « *Le bassin (de l'enfant) n'est pas suffisamment dissocié du reste du corps, et donc, du coup, euh, tout son corps va naturellement du côté, euh, du côté gauche* » E14
- ◆ « *L'ostéopathe a dû lui débloquent quelque chose au niveau de la colonne, parce que c'est vrai que, par la suite, dans le lit, elle tournait aussi un peu plus la tête à gauche* » E10

▪ Association entre plagiocéphalie et tension musculaire

On retrouve également dans certains cas des tensions, des contractures musculaires en lien supposé avec la plagiocéphalie :

- ◆ « *Il avait une extension (étire son cou de l'autre côté et montre les muscles droits du cou) au niveau du cou, côté droit, c'est ça, et ce qui fait que, quand il est né, après, en fait, il l'a gardé, et quand il s'est allongé... bah, il était toujours la tête ducôté droit* » E13
- ◆ « *C'est bien les muscles qui font qu'elle ne veut pas regarder dans tous les sens* » E6
- ◆ « *Elle a passé un bout de temps crispée, euh, à la maternité* » E7

○ Torticolis supposé

Dans certains cas, un torticolis supposé était responsable de cette position et à l'origine de la plagiocéphalie :

- ◆ « *On a supposé ensemble qu'elle avait sûrement eu un torticolis à la naissance* » E7
- ◆ « *Il avait une espèce de torticolis et puis des tensions* » E17
- ◆ « *Comme s'il avait un torticolis depuis la naissance finalement* » E9

○ Phénomène de l'élastique

Le phénomène de l'élastique (ou retour élastique) est décrit comme un retour de la tête lorsqu'elle est tournée de manière passive du côté opposé au côté préférentiel. En relâchant la tête, elle revient comme un élastique vers le côté préférentiel :

- ◆ « *Quand on arrivait à la faire tourner à gauche, tac, elle repartait tout de suite à droite, mais la kiné m'avait dit c'est classique, c'est le phénomène de l'élastique* » E6
- ◆ « *Elle avait encore un petit retour, euh (fait le mouvement avec sa tête), élastique, je crois, voilà un retour élastique* » E7

➤ Lien entre la plagiocéphalie et la mobilité

○ Restriction de la mobilité : position statique

▪ La position statique, que ce soit en utilisant certains sièges comme le transat, mais aussi tout matériel de puériculture qui va venir contraindre l'enfant à rester immobile, augmente le risque de plagiocéphalie :

- ◆ « *La plagiocéphalie, c'était parce que les bébés passaient beaucoup de temps, posés sur des transats ou ce genre de truc* » E11

- ◆ « *Je lisais que, quand les enfants étaient trop souvent dans les transats [...], qu'il fallait éviter trop longtemps ou trop longtemps allongé... parce que justement ça favorisait les têtes plates puisque l'enfant ne pouvait pas bouger sa tête* » E13
- La position couchée sur le dos, pour dormir, est aussi incriminée par une maman :
  - ◆ « *On m'a rassuré rapidement, en me disant que c'était assez fréquent, comme maintenant les enfants dormaient sur le dos* » E8
- Zone localisée d'hyper pression

Nous retrouvons cette idée de contrainte mécanique extrinsèque ou d'hyper pression localisée sur une partie du crâne, qui vient déformer le crâne malléable du nourrisson :

  - ◆ « *Il est très souvent couché, et que, du coup, le poids est localisé très souvent au même endroit, quoi* » E11
- Une certaine négligence

Une maman voyait la plagiocéphalie comme la conséquence d'une certaine négligence, puisque l'enfant est laissé allongé trop longtemps sans qu'on s'en occupe :

  - ◆ « *On laisse l'enfant allongé sur le dos, et qu'on ne s'en occupe pas, en gros [...]. Il y a un peu de négligence derrière ça, j'y voyais un peu une négligence* » E4
- Facteurs de risque de la plagiocéphalie
  - Sexe masculin
    - Dans les facteurs de risque de la plagiocéphalie, le sexe masculin a été cité deux fois :
      - ◆ « *J'avais lu que c'était plus fréquent chez les garçons que chez les filles* » E11
      - ◆ « *Je lisais sur Internet, mais après, j'imagine que ça s'est confirmé ou pas, je... comment... par rapport au fait que c'était un garçon [...] il y avait plein d'autres facteurs...* » E12
    - Cependant, la plagiocéphalie touche également les filles, avec une moindre mesure tout de même :
      - ◆ « *Après, moi, je vois dans ma famille : il y a eu des filles qui ont eu la plagio, enfin, qui ont fait une légère plagiocéphalie* » E12
  - Position d'ainé dans la fratrie

La position de premier enfant dans la fratrie fait également partie des facteurs de risque cités:

    - ◆ « *Je lisais sur Internet [...] comment par rapport au fait [...] que ce soit l'ainé, etc... il y avait pleins d'autres facteurs...* » E12
  - Travail et/ou accouchement long

La durée du travail lors de l'accouchement, ainsi que la pénibilité de l'accouchement, ont pu déclencher cette déformation, puisque l'accouchement est perçu comme un moment « traumatisant » pour l'enfant, sans pour autant que l'accouchement ait nécessité l'aide d'instruments :

    - ◆ « *C'était sûrement pendant les contractions, en fait, qu'il avait dû, euh... apparemment, c'est assez violent pour eux, du coup [...], il a dû se tasser un peu* » E9
    - ◆ « *C'était sûrement dû à un accouchement, qui avait été un peu trop long* » E2
- Association entre la plagiocéphalie et des maladies graves (ou syndromes malformatifs)

L'idée d'une association entre la plagiocéphalie et des maladies graves ou des syndromes pouvant toucher l'enfant a été émise, mais la plagiocéphalie reste tout de même corrélée à la position allongée de façon prolongée sans qu'elle ne soit directement liée à cette maladie :

- ◆ « *Je voyais plus ça chez des enfants qui ont de graves maladies, enfin, qui restent toute la journée. Pour moi, ça veut dire, ça voulait dire plagiocéphalie aussi, lorsqu'on laisse l'enfant allongé sur le dos* » E4

➤ Lien entre la plagiocéphalie et les troubles digestifs / troubles de l'oralité

- Un lien pourrait exister entre les troubles digestifs, notamment les reflux et l'apparition d'une plagiocéphalie. Celle-ci pouvant être secondaire aux tensions musculaires engendrées par cette gêne, qui viendraient créer une mauvaise posture :
  - ◆ « *Ses problèmes de posture étaient aussi liés à ses problèmes de digestion sans doute [...] donc on est passé à un lait anti-reflux, et, du coup, je pense qu'au niveau digestion, ça va mieux, donc il est moins tendu* » E17
  - ◆ « *Elle (la kiné) a fait le lien entre la tête, qui tourne du même côté, et un probable reflux interne [...] et elle me dit : « J'ai souvent vu des, traiter des enfants pour une plagiocéphalie, et puis en fait, il y avait derrière un désordre digestif, qui les empêchait de se mobiliser comme il voulait »* » E4
- Ainsi que les troubles de l'oralité, qui pourraient en être responsables :
  - ◆ « *Après, on a découvert un petit souci d'oralité* » E4
  - ◆ « *Apparemment, la plagio pourrait être un effet secondaire, euh, du frein restrictif... enfin, ils disent que c'est souvent lié, les deux* » E11

➤ Tête molle, malléable

Le crâne du nourrisson est très malléable la première année de vie, ce qui permet sa croissance mais sa déformation également :

- ◆ « *Du fait de la mobilité des différentes parties du crâne, en fait, avec la fontanelle, qui fait que le crâne n'est pas complètement solidifié [...], euh, les différentes plaques, euh, peuvent bouger, et donc faire qu'il y ait une partie qui s'aplatisse plus que l'autre, et donc la tête n'est plus toute ronde* » E6
- ◆ « *Le crâne est relativement mou jusqu'à un an* » E2
- ◆ « *Le crâne du bébé est souple, en fait, et malléable* » E11

➤ Absence de prédisposition

La plagiocéphalie peut arriver à n'importe quel nourrisson, sans qu'il y ait une quelconque prédisposition :

- ◆ « *Je n'ai pas vraiment pris conscience, sur le fait, que c'est vraiment très fréquent [...]. Il n'y a pas vraiment de prédispositions* » E11

### 3.3.2.3. Les conséquences

➤ Répercussions sur le développement

○ Sur la vision, les muscles oculaires

Des troubles oculomoteurs ou troubles de la vision peuvent en être les conséquences :

- ◆ « *Au niveau développement, ça avait pleins de répercussions, quoi, donc elle me parlait, bah, de la vision, des muscles oculaires, qui, du coup, sont toujours tournés du même côté... puis même du fait que l'univers du bébé, il est quand même limité à un côté, enfin, voilà, toutes les répercussions sur le développement*» E17

○ Sur la mastication

La déformation peut créer une asymétrie de l'articulé dentaire et donc des troubles de la mastication :

- ◆ « *Au niveau développement, ça avait plein de répercussions, quoi [...] donc elle parlait de la mastication [...]. Voilà toutes les répercussions sur le développement* » E17

○ Sur le développement moteur, la motricité

Le côté préférentiel concerne l'ensemble de l'hémicorps avec une incidence sur la motricité de ce côté ainsi que sur le développement psychomoteur, mais également sur la motricité globale, avec un risque de retard sur le développement moteur :

- ◆ « *Ça peut entraîner plus tard un retard de développement, si j'ai bien compris, un peu. Je ne sais pas si c'est juste moteur ou pas* » E14
- ◆ « *Il avait peut-être un petit retard de motricité dû à la plagio, euh, notamment sur le côté droit, et c'est vrai qu'on le remarquait souvent dans les séances de kiné, qu'il était beaucoup plus à l'aise en allant vers la gauche* » E2
- ◆ « *J'imagine que ça peut avoir des conséquences sur le cerveau [...] donc j'imagine que ça peut avoir des conséquences de développement moteur* » E15

○ Sur la posture

▪ L'impact peut se porter sur le développement squelettique de l'enfant (notamment le développement de la colonne vertébrale), et au final sur la posture :

- ◆ « *C'était pour plus tard, au niveau du développement de la colonne vertébrale, que ça allait poser quelques soucis* » E13

▪ La position en virgule a été citée, à de nombreuses reprises, en tant que cause de la plagiocéphalie, pour la majorité des parents, mais également en tant que conséquence :

- ◆ « *Il avait vraiment une position dès qu'il était allongé en virgule* » E13

○ Sur l'esthétique / le visage

▪ L'impact esthétique, surtout sur le visage, est celui qui inquiétait le plus de parents, avec la crainte que leur enfant soit différent des autres enfants, mais également le fait qu'il pourrait en garder des séquelles plus tard :

- ◆ « *Là, il y avait une répercussion faciale en fait* » E17
- ◆ « *Des bébés qui avaient la tête plate et puis bah on se dit « oh là là, c'est moche » (rires)* » E6
- ◆ « *Ce que j'en vois, enfin visuellement euh chez l'enfant, c'est plus un problème esthétique avec une tête plate [...] après on a quand même envie qu'esthétiquement, voilà, que ça revienne bien pour lui pour plus tard* » E8

▪ Les filles ou femmes auraient moins de gêne pour ce problème esthétique puisqu'elles ont des cheveux en général longs, qui viennent masquer la déformation persistante, contrairement aux garçons ou aux hommes :

- ◆ « *Après, euh, bon, chez les femmes, euh, si ça revient un peu moins bien, c'est un peu moins gênant parce que c'est une question aussi d'esthétique, et les hommes ont les cheveux courts* » E8

- Au contraire, après avoir appris que l'impact de la plagiocéphalie n'était qu'esthétique, certains parents ont été rassuré que ça n'aille pas plus loin :
  - ◆ « *L'ostéopathe nous a dit que c'était qu'esthétique, donc ça nous a rassuré, déjà* » E2
- Sur le développement neurologique
  - Le développement du cerveau pourrait être impacté également, puisque le crâne étant aplati, il pourrait y avoir une incidence sur le développement de celui-ci, donc neurologique. Cet impact sur le développement neurologique serait plus vu dans les formes sévères de plagiocéphalie :
    - ◆ « *Bah j'imagine que si c'est une plagiocéphalie très sévère, j'imagine que ça peut avoir des conséquences sur le cerveau puisqu'on a tous plus ou moins la même tête, parce qu'on a un cerveau qui doit avoir plus ou moins la même forme donc j'imagine que ça peut avoir des conséquences de développement moteur ou fin voilà sur le cerveau* » E15
  - Le cerveau n'aurait pas suffisamment de place pour se développer dans la boîte crânienne :
    - ◆ « *Je me suis dit tête plate donc le cerveau il ne peut pas, euh, je ne sais pas, grandir comme il veut* » E15
- Pas de conséquence sur le développement neurologique

A contrario, chez certains parents, il n'y avait aucun impact sur le développement neurologique :

  - ◆ « *Je n'avais pas d'inquiétude sur le fait que, je ne sais pas, ça modifie quelque chose au niveau du cerveau ou quoi* » E17
  - ◆ « *Ça se traitait très bien que c'était fréquent, que ça n'a aucun impact sur le développement du cerveau, je savais qu'il n'y avait rien de grave* » E11
- Séquelles si intervention tardive

La prise en charge doit être la plus précoce possible, si possible avant les trois mois de l'enfant, pour éviter des séquelles ou retards du développement :

  - ◆ « *On m'a conseillé vraiment avant trois mois parce qu'elle m'a dit : « si ce n'est pas réglé avant trois mois, ben il peut y avoir des séquelles [...] au niveau développement » » E13*
- Conséquences inconnues

Dans d'autres cas, les conséquences n'étaient pas connues :

  - ◆ « *C'est ça aussi qui m'inquiétait, c'est de ne pas savoir exactement, ben, pourquoi c'était plat ? Pourquoi on en parlait, pourquoi il fallait éviter ça et, euh, quelles étaient les conséquences ?* » E13
  - ◆ « *Je savais pas du tout quelles pouvaient... bah, quelles pouvaient être les conséquences* » E10
  - ◆ « *Mais, c'est vrai que les conséquences, je ne les connais pas* » E10

### 3.3.2.4. L'évolution

- Se remet en place

- Avec le temps
  - L'évolution de la déformation est plutôt positive avec le temps, à tendance à se résorber avec le temps :
    - ◆ « Ça se remettait dans la plupart des cas en forme [...] ça se résorberait » E17
    - ◆ « On disait tout le temps que ça pourrait être remis avec le temps, que c'était pas anormal » E3
  - Que ça pouvait se remettre en place, avec une limite de temps, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge d'un an :
    - ◆ « Ça pouvait être remis en place jusqu'au 1 an de l'enfant » E2
  - L'hypothèse que l'évolution naturelle de la plagiocéphalie est positive sans suivi médical et sans prise en charge par kinésithérapie, a été émise :
    - ◆ « Même si on n'avait pas vu le kiné, ça se trouve, ça se serait résorbé tout seul aussi » E15
- Avec la croissance

La déformation a tendance à se résorber avec la croissance et l'expansion crânienne, mais aussi lorsque l'enfant diversifie ses positions, puisque la partie du crâne déformée ne sera plus soumise aux forces mécaniques extrinsèques :

  - ◆ « Ces déformations, elles se remettent en place, euh, quand le bébé grandit et puis qu'il a des postures un peu plus diversifiées » E17
  - ◆ « Ce que j'ai entendu, c'est que ça se résorbe très bien [...] en grandissant la... en tout cas, la rondeur du crâne revient très bien » E8
- L'évolution dépend de la prise en charge
  - L'évolution est sous-tendue par la prise en charge, aussi bien la kinésithérapie que les conseils de positionnement :
    - ◆ « Je savais que derrière, si la prise en charge était bonne, bah il n'aurait pas de souci de... moteur ou de développement » E13
    - ◆ « Je sais que ça peut se... avec du travail et de la kiné, ça peut s'améliorer [...] que ça ne reste pas » E3
  - Cependant, l'idée de l'intervention précoce revient, avec une nécessité d'accompagner la prise en charge kinésithérapique par la reproduction des exercices à la maison et la mise en place des conseils de prévention :
    - ◆ « Quand c'est pris tôt, euh, il n'y a pas de raison de s'inquiéter je pense : ça se remet bien, après si on fait les exercices aussi qu'on nous recommande à la maison du coup » E9
    - ◆ « Ça allait se remettre bien si on faisait correctement attention » E14
  - La résorption dépend de la prise en charge, même si la croissance y est pour beaucoup :
    - ◆ « Ça se résorbe très bien quand c'est pris en charge, euh, en grandissant la... entout cas, la rondeur du crâne revient très bien » E8
- Risque d'une évolution incomplète ou incertaine
  - ◆ « Il y avait peut-être un risque que ça se remette pas complètement en place » E2

### 3.3.3. Diagnostic

#### 3.3.3.1. Par qui ?

##### 3.3.3.1.1. Plagiocéphalie repérée par l'entourage de l'enfant

###### ➤ Par les parents

- Dans la majorité des cas, la plagiocéphalie a été repérée par les parents :
  - ◆ « *On s'en est rendu compte tous les deux qu'il y avait un plat sur la tête, on en a parlé donc à la sage-femme qui me suivait. C'était sur le premier mois après l'accouchement* » E7
  - ◆ « *J'avais déjà remarqué dès quinze jours, trois semaines [...] moi je le voyais beaucoup, après les gens ne le remarquaient pas forcément [...] c'est moi qui ai demandé plusieurs fois au médecin pour, euh, aller voir la kiné* » E9
  - ◆ « *Si je me souviens bien, on l'avait repéré un peu nous* » E17
- Dans d'autres cas, les parents ne remarquaient pas directement l'aplatissement du crâne, mais plutôt un côté préférentiel ou une asymétrie de l'oreille, ayant permis d'alerter le corps médical :
  - ◆ « *Je voyais bien qu'il tournait la tête que d'un côté [...] et à peu près à ce moment-là, j'ai aussi vu qu'il ne prenait plus le sein gauche* » E13
  - ◆ « *Je lui (au médecin) ai dit que l'oreille (montre son oreille droite) était, il me semblait, un petit peu décollée. Je n'avais pas vu que la tête était forcément plate* » E8
- Au contraire, le côté préférentiel était vu, ainsi que la plagiocéphalie, mais comme c'était une notion inconnue, il n'y a pas eu de prise en charge directement ni d'alerte au corps médical :
  - ◆ « *Il avait toujours la tête tournée de mon côté [...] et, euh, je m'en étais rendue compte, mais comme je connaissais pas du tout, je savais pas du tout ce que c'était réellement, donc j'ai laissé faire au début* » E5
- Pour une maman, le fait que ce soit les parents qui repèrent la plagiocéphalie est normal et se justifie par le fait d'observer son enfant :
  - ◆ « *Enfin, on est les parents, on est censé regarder un peu nos enfants quoi (rires)* » E7

###### ➤ L'entourage de l'enfant

- L'entourage de l'enfant qui a peut-être un œil plus aiguisé, plus objectif ou même des connaissances sur la plagiocéphalie :
  - ◆ « *C'est des amis qui nous ont dit « ah mais attention, il a un plat sur le crâne, faites attention ! » » E2*
  - ◆ « *C'est ma sœur qui m'a fait la remarque, quand on envoyait des photos, sur le fait qu'il tournait la tête toujours du même côté* » E11
- Le personnel de la crèche qui était en contact direct avec l'enfant :
  - ◆ « *Les personnes qui s'occupent de lui, en fait qui ont remarqué, qui en ont parlé avec le médecin aussi (médecin de la crèche)* » E5

### 3.3.3.1.2. Diagnostic posé par le médecin généraliste ou le pédiatre

Le diagnostic a pu être posé par le médecin qui suivait l'enfant, aussi bien le médecin généraliste que le pédiatre, mais aussi le médecin de la crèche et le médecin de la PMI :

- ◆ « C'est ma généraliste [...] à la visite des uns mois, je dirais [...] qui nous a dit « ah il y a un début de plagiocéphalie », alors nous on ne l'avait pas remarqué » E11
- ◆ « Dans le cadre de la visite des 10 jours [...] après la naissance, c'est la pédiatre qui l'a vu » E6
- ◆ « Le médecin de la crèche, qui le suit en fait, qui vient une fois tous les 15 jours » E5
- ◆ « Le médecin qui a diagnostiqué la plagio, le médecin généraliste » E2

### 3.3.3.1.3. Diagnostic posé par le kinésithérapeute ou l'ostéopathe

Dans un cas, l'enfant a été adressé à la kinésithérapeute plutôt pour travailler la mauvaise posture de l'enfant et détendre son cou. Le diagnostic de plagiocéphalie a été posé par elle-même :

- ◆ « La kiné a diagnostiqué une plagiocéphalie sévère » E4

### 3.3.3.1.4. Diagnostic posé par la sage-femme ou la puéricultrice

Elle a été repérée également par la puéricultrice à la PMI ou la sage-femme lors du suivi post-accouchement :

- ◆ « Une puéricultrice qui m'a fait une réflexion, qui m'a dit que... qu'elle avait peut-être un peu la tête plate (prend une inspiration profonde). Elle m'a dit d'aller voir un ostéopathe » E10
- ◆ « On en a parlé donc à la sage-femme qui me suivait [...] et du coup, elle m'a dit : « Peut-être que oui, en effet, il y a une plagiocéphalie. Il faudrait que vous voyiez donc avec le médecin » » E7

## 3.3.3.2. Délai entre la naissance et le diagnostic

### 3.3.3.2.1. Diagnostic précoce

Le diagnostic a été posé de manière précoce :

- ◆ « Il a été fait très très tôt [...] il devait avoir 4 ou 5 semaines [...] le diagnostic a été hyper précoce » E11
- ◆ « Dans le cadre de la visite des 10 jours [...] après la naissance » E6

### 3.3.3.2.2. Diagnostic tardif

Au contraire, le diagnostic a été posé de manière plus tardive :

- ◆ « J'ai trouvé qu'il était un peu tard, je me suis dit, bah, que s'il a déjà trois mois et demi et que c'est avant six mois, qu'il faut faire, euh... qu'il faut prendre en charge la plagio. Je me dis qu'on était un petit peu tard à la détecter » E8

## 3.3.4. Vécu

### 3.3.4.1. Vécu du diagnostic

#### ➤ Inquiétudes / peurs

- Des inquiétudes ou une certaine peur étaient exprimées lorsque le diagnostic était posé :

- ◆ « *C'était quelque chose qui m'inquiétait déjà* » E13
- ◆ « *Sur le moment, ça m'a fait un peu un peu peur, je dirais* » E11
- ◆ « *Mon mari un peu moins bien parce qu'il avait peur* » E5
- Même en sachant que la plagiocéphalie n'était pas quelque chose de grave, le fait de savoir que son enfant a « quelque chose », peut préoccuper :
  - ◆ « *Je savais que ce n'était pas grave. Elle nous a bien expliqué que ça se traitait très bien, que c'était fréquent, que ça n'a aucun impact sur le développement du cerveau. Je savais qu'il n'y avait rien de grave mais c'est vrai qu'on s'est dit « mince, il lui arrive quelque chose ! » (Rires)* » E11

➤ Diagnostic minimisé

- Dans certains cas, le diagnostic de plagiocéphalie a été minimisé pour se protéger dans un sens, comme une sorte de déni ou par méconnaissance de la plagiocéphalie et de son accompagnement :
  - ◆ « *Moi, j'avais complètement minimisé, en fait, ça [...] moi, j'avais pas du tout mesuré l'ampleur des dégâts si on peut dire, mais voilà, c'était pas... c'était vraiment à prendre au sérieux* » E17
  - ◆ « *Sur le coup je me suis, enfin, presque pour me protéger peut-être, j'ai un peu minimisé le truc, je me suis dit : « Oui, c'est bon, euh, oui ça a peut-être un petit peu aplati mais elle vient de naître, il ne faut pas que je m'affole »* » E6
  - ◆ « *Moi j'ai pas trop, enfin j'ai pas réalisé ce qui devait, ce qu'il se passait réellement* » E5
- Ou parce que la déformation était peu visible :
  - ◆ « *Même si je l'avais un petit peu remarqué, j'avais bien vu que ce n'était pas très prononcé non plus* » E10
  - ◆ « *Bon, dans tous les cas, nous on ne la voyait pas tant que ça la plagiocéphalie* » E17
  - ◆ « *Je n'étais pas forcément très inquiète [...] c'était pas visible pour moi, ça [...] c'était quelque chose qu'elle avait mais vu que ça ne se voyait pas physiquement...* » E3

➤ Rassurés de savoir, une fois le diagnostic posé

Une fois le diagnostic posé, et surtout le fait de connaître le diagnostic et la suite de l'accompagnement, l'inquiétude retombe :

- ◆ « *J'étais rassurée déjà qu'on me dise ce qu'il y avait [...], que ça allait se soigner* » E13

➤ Absence d'inquiétude / bon vécu

- Au contraire, le diagnostic a été bien reçu sans stress, sans inquiétude et un bon vécu :
  - ◆ « *Il y a pas une grande inquiétude là-dessus [...] je ne me suis pas alarmée* » E10
  - ◆ « *Psychologiquement, ça n'a pas été un traumatisme [...] nous, on n'était pas stressé par ce diagnostic* » E7
  - ◆ « *On n'avait pas non plus de stress ou de choses comme ça* » E15
  - ◆ « *On l'a plutôt bien vécu* » E2
- Pas d'inquiétude, mais tout de même interpellé(e) par ce diagnostic :
  - ◆ « *Ça ne m'a pas inquiété mais je me suis dit : « Oh, qu'est-ce qui se passe ? »* » E6

- Pas d'inquiétude, parce que rassuré(e) par le corps médical et paramédical :
  - ◆ « *Personnellement, j'étais pas forcément très inquiète parce qu'on m'avait dit de pas m'inquiéter* » E3

➤ Aucune surprise

Lorsque le diagnostic était posé, il n'y avait aucune surprise, puisque la plagiocéphalie était visible ou déjà repérée :

- ◆ « *On s'en doutait* » E14
- ◆ « *J'ai pas été surprise vu que ça (rires) ça se voyait quand même à l'œil nu, donc, euh, je me doutais, voilà, que c'était... ça commençait à être assez sévère* » E12

### 3.3.4.2. Vécu de la plagiocéphalie

➤ Inquiétudes face aux répercussions

○ Esthétiques

L'impact esthétique entraînait des inquiétudes, la peur que son enfant soit différent et faisait partie des préoccupations premières :

- ◆ « *Moi, ce qui m'inquiétait le plus, peut-être, c'est complètement superficiel mais c'était l'esthétique* » E17
- ◆ « *Moi, je n'aime pas. Je ne voudrais pas que mon bébé, il ait la tête plate* » E6

○ Sur la mobilité

L'inquiétude face aux répercussions sur le développement moteur et la motricité :

- ◆ « *Ça, c'était aussi mon inquiétude [...] Je me disais : « est-ce que ça va avoir un impact sur sa mobilité ? » »* E5

○ Sur l'aggravation de la plagiocéphalie

L'inquiétude sur l'évolution, avec la peur que la déformation s'aggrave au fur et à mesure :

- ◆ « *Il faut le faire, parce qu'après, ça peut empirer quoi [...] Je voyais bien qu'elle tournait pas la tête, donc je m'étais dit : « Ca allait de plus en plus s'aplatir » »* E6

➤ Culpabilité

○ La culpabilité de ne pas l'avoir décelé plus tôt, de ne pas s'en être rendu compte avant.

- ◆ « *On était un peu déçu de pas avoir vu ça, nous, plus tôt pour pas, enfin, pour pas avoir pu gérer ça en amont* » E2
- ◆ « *On s'est juste dit : « Ah zut ! On aurait dû s'en rendre compte avant » »* E2
- ◆ « *Je me suis à moitié sentie coupable quand on nous a dit qu'il y avait la plagiocéphalie, et que c'est parce qu'elle était trop à droite. Je me suis dit que j'aurais dû le voir, en effet. Ça fait 10 jours qu'elle est née, ça fait 10 jours que je suis au-dessus de son berceau. J'aurais dû voir qu'elle était majoritairement à droite et l'a stimulée déjà. Je me suis un peu sentie coupable de ne pas l'avoir fait* » E6

○ L'impression d'avoir raté quelque chose :

- ◆ « *J'ai eu un peu comme une culpabilité quand la kiné a diagnostiqué une plagiocéphalie sévère. Je me suis dit : « Est-ce qu'on a raté quelque chose ? » [...] Il y a toujours une petite pensée de culpabilité* » E4

○ La peur d'être tenu responsable de cette déformation par leur enfant plus tard :

- ◆ « *On s'est tous les deux dits qu'on ne voulait pas que notre enfant nous en veuille plus tard, euh, justement peut-être de cette petite malformation* » E7

➤ Place que prend la plagiocéphalie dans leur vie

- Elle s'intègre facilement aux habitudes de vie et à la vie quotidienne sans contrainte :
  - ◆ « *Je ne l'ai pas vécu comme une contrainte en tout cas* » E15
  - ◆ « *Ce n'est pas devenu omniprésent, voilà. Comme c'était des petits rituels, des petites choses à faire au moment du change, c'était fondu avec d'autres activités* » E17
  - ◆ « *Ça n'a pas été un handicap, euh, pour nous, dans l'évolution avec F3 et dans notre train de vie* » E3
- Elle est représentée seulement par des séances de kinésithérapie ou d'ostéopathie :
  - ◆ « *Elle prend peu de place. Moi c'est vraiment, bah, par rapport aux séances de kiné ou d'ostéopathie, mais autrement, ça ne prend pas de place réellement dans notre quotidien, quoi* » E5
  - ◆ « *Pas grand-chose, mis à part une séance de kiné une fois par semaine, une heure* » E2
- Au contraire, elle peut prendre une place importante dans leur vie, avec une contrainte organisationnelle :
  - ◆ « *L'organisation était très tendue, on va dire. Il y avait beaucoup de choses à faire en très peu de temps* » E12

➤ Absence d'inquiétude

La plagiocéphalie est le seul problème de santé actuel. Tout le reste va bien, ce qui permet de relativiser :

- ◆ « *Comme tout allait bien à côté au niveau de sa santé, ça nous a pas non plus tant heurté. Ça aurait été une accumulation, peut-être que ça aurait fait beaucoup. Là, c'était la seule chose qui n'allait pas au niveau de la santé dans les débuts donc, euh, ça allait. Ça faisait pas trop.* » E2

➤ Changement de regard sur la plagiocéphalie

- Après avoir vécu la plagiocéphalie de son enfant, son regard avait changé sur la plagiocéphalie et son accompagnement :
  - ◆ « *Maintenant, j'ai un regard plus ouvert dessus* » E4
- Cette maman a pu conseiller des parents à leur tour :
  - ◆ « *L'autre jour au travail, j'avais un nourrisson, euh, et les parents disaient : « Oh, mais il tourne toujours la tête du même côté, qu'est-ce qu'on peut faire ? ». Euh pff, allez voir votre médecin traitant, peut-être qu'il peut vous prescrire de la kiné* » E4

➤ Port du casque

Dans le cadre d'une plagiocéphalie sévère, les parents étaient prêts pour une prise en charge par orthèse sur-mesure :

- ◆ « *On se disait que, de toute manière, s'il fallait porter un casque par exemple, on porterait un casque. Il n'y aurait pas de souci, quoi* » E12

### 3.3.4.3. **Vécu du devenir et du développement**

➤ Inquiétudes / peurs

- Sur l'impact que ça pourrait avoir

Les parents avaient des inquiétudes sur le devenir, les conséquences quant à l'impact que pourrait avoir la déformation :

- ◆ « Je me suis dit : « Euh, ce n'est pas grand-chose, c'est pas grave mais c'est quand même quelque chose qui va avoir des conséquences » » E11
- ◆ « Je ne voulais pas que ça l'impacte sur autre chose [...]. Ça, c'était aussi mon inquiétude » E5
- L'envie aussi d'avoir un beau bébé parfait :
  - ◆ « J'avais pas envie qu'elle ait la tête déformée, euh, parce qu'on veut tous avoir un beau bébé qui a une tête bien ronde (rires) » E6
- Sur le fait que ça dure dans le temps

Des inquiétudes sur le fait que la plagiocéphalie dure dans le temps, aussi bien du point de vue de la déformation elle-même que de la prise en charge contraignante :

  - ◆ « Mon mari, un peu moins bien, parce qu'il avait peur, en fait, que ça dure dans le temps, le fait qu'il y ait vraiment une déformation qui dure dans le temps » E5
  - ◆ « Il allait y avoir un suivi jusqu'au retournement donc, potentiellement, jusqu'à six mois, je me suis dit : « Oh là là, c'est lourd ! » » E11
- Le mal-être que l'enfant pourrait avoir

Mais aussi des peurs quant au mal-être que pourrait développer l'enfant plus tard :

  - ◆ « Il avait peur qu'il soit bloqué en fait, que ça soit vraiment un mal-être pour lui dans le temps » E5
- Peur d'un handicap pour plus tard

La déformation crânienne visible peut être perçue comme un handicap pour plus tard :

  - ◆ « Ça ne se voyait pas physiquement. Je me suis dit : « Bon, c'est pas, voilà, quelque chose qui la handicapera par la suite » » E3
- Confiant sur le devenir

Certains parents étaient confiants sur le devenir, sur le fait que la plagiocéphalie se traitait très bien et se résorberait avec le temps :

  - ◆ « Ça se traitait très bien que c'était fréquent, que ça n'a aucun impact sur ledéveloppement du cerveau. Je savais qu'il n'y avait rien de grave » E11
  - ◆ « Je m'étais dit que ça allait se résorber donc, euh, je n'étais pas allée plus loin » E10
  - ◆ « Il n'y a pas de raison de s'inquiéter, je pense. Ça se remet bien » E9
  - ◆ « Il bouge beaucoup mieux la tête, il bouge beaucoup mieux son corps, donc on est un peu moins, euh, stressés » E8

#### 3.3.4.4. Vécu de la prise en charge (PEC)

- Inquiet sur le retard de PEC

Des inquiétudes face au retard de la PEC, qui pourrait impacter l'évolution de la déformation :

  - ◆ « On s'est dit : « Zut, il est un peu tard, euh, peut-être, pour remettre en place son crâne » » E2
- Inquiet par rapport à la PEC

Des inquiétudes par rapport à la PEC elle-même, notamment le fait de devoir agir rapidement et d'avoir une prise en charge, qui peut être prenante :

  - ◆ « Là où j'ai été inquiète, c'est en disant que pendant deux mois, il allait falloir faire pas mal d'exercices et que c'était maintenant qu'il fallait agir » E8

- ◆ « Il allait y avoir un suivi jusqu'au retournement donc, potentiellement, jusqu'à six mois, je me suis dit : « Oh là là, c'est lourd » » E11

➤ PEC mal vécue

Une PEC a été également mal vécue, par rapport à la manière dont les choses se sont déroulées et ont pu créer des inquiétudes sur l'impact que ça pouvait avoir sur l'enfant :

- ◆ « Je n'étais pas à l'aise avec cette prise en charge, et de l'impact que ça avait sur mon bébé, et donc je l'ai assez mal vécu » E11

➤ Rassurés par la PEC

Au contraire, la PEC a pu être rassurante dans d'autres cas :

- ◆ « Ça nous a pas inquiété du tout, dans la mesure où on était bien pris en charge » E2

### 3.3.5. Prise en charge (PEC)

#### 3.3.5.1. Intervention le plus tôt possible

- La majorité des parents avaient l'idée que l'intervention sur la plagiocéphalie se devait d'être la plus précoce possible pour un meilleur résultat :
  - ◆ « On voulait vraiment y aller, pour qu'elle soit pris en charge le plus tôt possible, et qu'on puisse avoir une action sur elle le plus tôt possible » E7
  - ◆ « On a posé le diagnostic durant le premier mois, et on nous a dit : « Bah, c'est là que tout se joue, c'est avant les trois mois » » E13
- Avec l'idée que l'expansion et la croissance du crâne se fait essentiellement sur les 6 premiers mois de vie :
  - ◆ « Pour régler, euh, le plus rapidement la plagiocéphalie, [...] on a un chrono (rires), puisqu'on sait que c'est avant six mois où il faut régler, euh, le problème, puisqu'après c'est là où le crâne grossit le moins rapidement » E8

#### 3.3.5.2. Connaissance des prises en charge (PEC) possibles

➤ Conseils de repositionnement

Ces conseils sont développés dans la partie 3.3.6. « Conseils de prévention ».

➤ Prise en charge (PEC) par le kinésithérapeute

Pour cette maman, la PEC par le kinésithérapeute est davantage réservée aux plagiocéphalies sévères ou avancées, l'ostéopathie étant suffisante pour les plagiocéphalies découvertes plus tôt :

- ◆ « Des collègues me disaient que, eux aussi, avec leurs enfants qui avaient eu des plagios, ils avaient été voir des kinés, eux, et que ça avait bien marché, mais c'était au-delà des trois mois aussi. Donc, forcément, j'imagine que si j'avais été voir mon médecin qui avait décelé une plagio après trois mois, peut-être qu'elle m'aurait directement orienté vers des kinés, plutôt qu'un ostéopathe » E13

➤ PEC par l'ostéopathe

○ Ostéopathie recommandée

L'ostéopathie est recommandée pour les enfants par certains parents :

- ◆ « *Moi, j'ai été chez l'ostéopathe, euh, parce que je connais ce métier [...]. Je sais ce qu'ils font avec les enfants et que c'est bon d'y aller pour des tous petits, par rapport à la tête de base* » E13
- ◆ « *Effectivement, l'ostéo pour nous a fait la différence, hein, parce que c'est vraiment là où on a vu un... J'en sais rien : peut-être que c'est un hasard, mais, euh, je pense que... C'est pas pour rien que ça ait commencé à s'améliorer si vite, au moment même où on a commencé les séances d'ostéo* » E11
- Oui, mais l'inconvénient d'être non remboursée  
L'inconvénient principal étant le non remboursement des séances d'ostéopathie :
  - ◆ « *Même si c'est pas forcément remboursé* » E13
- PEC différente de la kinésithérapie  
La PEC ostéopathe est vue comme différente de la PEC kinésithérapique, avec une approche et des manipulations différentes :
  - ◆ « *Je suis allée voir l'ostéo, qui a pris une approche déjà complètement différente, beaucoup plus douce, euh... C'était pas les mêmes manipulations, tout ça* » E11
- Pas très à l'aise avec les manipulations ostéopathiques du nourrisson  
D'autres parents ne sont pas rassurés à l'idée que leur enfant soit manipulé par un ostéopathe, avec la peur que ce soit trop brutal pour l'enfant :
  - ◆ « *Ça me gênait un peu. J'ai repris un rendez-vous, mais après ça me gênait. Déjà, je n'étais pas très à l'aise de manipuler un nourrisson [...]. C'est impressionnant donc, euh, toujours peur qu'il les casse* » E4
- Ostéopathie déconseillée
  - Une maman aurait voulu consulter l'ostéopathe pour son enfant, mais un autre professionnel de santé lui a déconseillé l'ostéopathie. Elle l'a tout de même consulté mais à distance et sans en parler à ce professionnel qui lui avait déconseillé :
    - ◆ « *« Bah, écoutez, moi ça ne me plaît pas trop ! L'ostéo, il ne fait pas la même chose... » : elle m'a clairement laissé entendre que ça lui convenait pas* » E11
    - ◆ « *Je ne lui en ai pas parlé mais je suis allée voir l'ostéo* » E11
  - L'ostéopathie est dans certains cas déconseillé avant les 6 mois du nourrisson, par précaution :
    - ◆ « *« Oh, mais il faut pas voir d'ostéopathe, pas avant les six mois. Vous ne savez pas qui vous allez voir, et donc s'ils connaissent les enfants. »* » E4
- PEC par le chiropracteur  
La PEC par le chiropracteur chez certains de ces enfants (la chiropraxie étant vue de nouveau comme une PEC nouvelle et différente, avec un œil neuf) :
  - ◆ « *La kiné m'a conseillé de voir un chiropracteur [...] afin de changer, en clair, de voir si la chiro n'avait pas un... on va dire, un aspect plus neutre ou quelque chose comme ça, vu qu'elle ne l'avait encore jamais vu. L'ostéo, ça faisait déjà très longtemps qu'elle le suivait* » E12
- Port du casque pour les plagiocéphalies sévères
  - La PEC par l'orthèse crânienne est connue dans le cas de plagiocéphalies sévères :
    - ◆ « *Là, j'en ai vu dernièrement, mais c'est au point de porter un casque, voilà, ce n'est pas... c'est autre chose* » E4

- ◆ « *Comme on n'a pas eu de casque... enfin, il n'y a pas eu [...] de choses graves* » E15

- Le coût du casque est à prendre en compte également dans la PEC, ayant un prix assez conséquent :
  - ◆ « *[...] surtout par rapport au budget aussi que ça peut engendrer* » E12

### 3.3.5.3. Parents décisionnaires de la prise en charge

Les parents restent avant tout décisionnaires dans la PEC de leur enfant :

- ◆ « *L'orthopédiste nous a dit que c'était, euh, la décision des parents [...] c'est nous qui choisissons* » E12
- ◆ « *Elle me disait bien que, voilà, c'est le choix aussi des parents* » E12

### 3.3.5.4. Bonne prise en charge (PEC)

La PEC est vécue comme satisfaisante et bonne :

- ◆ « *Voilà, pour l'instant, ça se passe bien, euh, on a une bonne prise en charge* » E7
- ◆ « *La kiné, elle est vraiment, sincèrement, je la recommande, parce qu'elle est vraiment bien. Elle sait expliquer les choses aux parents* » E3
- ◆ « *Dans la mesure où on était bien pris en charge, [...] comme ça l'est pour l'instant, ça me semble vraiment très bien [...]. Le kiné, régulièrement, me fait un bilan de l'avancée de la plagio* » E2

### 3.3.5.5. Retard ou perte de temps dans la prise en charge (PEC)

On retrouve la notion de perte de temps ou de retard dans la PEC :

- ◆ « *C'est un peu dommage, parce qu'on a peut-être un peu perdu du temps aussi* » E17

## 3.3.6. Conseils de prévention

### 3.3.6.1. Conseils de repositionnement

#### ➤ Facile à mettre en place

Les conseils de prévention ont été facilement mis en place :

- ◆ « *C'est jouable dans une certaine mesure [...]. J'ai trouvé que c'était faisable, que c'était des petits gestes un peu du quotidien à mettre en place, que c'était faisable* » E17

#### ➤ Difficile à mettre en place

Dans certains cas, au contraire, ces conseils sont assez compliqués à mettre en place :

- ◆ « *On s'est rendu compte que c'était un petit peu plus compliqué à faire qu'à dire* » E11
- ◆ « *C'était très difficile de suivre ça* » E3

#### ➤ Prenant, contraignant

L'idée de contrainte quant à la mise en place des conseils de repositionnement, demandant beaucoup d'attention, est finalement très prenante dans la vie au quotidien :

- ◆ « *On fait attention, euh, c'est contraignant. On fait attention [...] donc on est un peu tout le temps, tout le temps, tout le temps à le surveiller* » E14
- ◆ « *Bah, la seule chose serait que les parents seraient tout le temps là pour le mettre de l'autre côté* » E10
- ◆ « *Ça prenait quand-même un peu de place parce qu'il fallait y penser [...]. C'est ça : ça prenait un peu de place dans ma tête et dans le quotidien* » E6
- Repositionnement mal supporté par l'enfant  
Ces conseils peuvent également être mal supportés par l'enfant :
  - ◆ « *Parce qu'il pleure [...] sur le ventre et sur le côté (il était tout petit à l'époque) et qu'il avait du mal à le supporter* » E17
- Risque de déranger, de réveiller l'enfant  
Certains parents avaient peur de déranger l'enfant ou de le réveiller en lui changeant sa position :
  - ◆ « *On a envie de lui tourner la tête, mais, en même temps, on n'ose pas, parce que ça veut dire le réveiller aussi, enfin le risque de le réveiller, de le déranger (prend une inspiration profonde), donc, euh (rires), on est un peu partagé à ce niveau-là* » E14
- Difficile à stimuler  
Il est conseillé de stimuler l'enfant lors des phases d'éveil, mais certains enfants sont difficiles à stimuler :
  - ◆ « *En plus, les jouets ne l'attirent pas spécialement encore [...]. Les jouets c'est bof. Même nous, au début, euh, ça ne l'attirait pas tant que ça non plus [...]. La lumière, ça l'intéresse assez peu aussi* » E14
- Insuffisance, inefficacité des conseils  
Enfin les conseils pouvaient être perçus comme insuffisants et inefficaces dans certains cas, notamment dans les formes avancées :
  - ◆ « *C'est jouable dans une certaine mesure. Peut-être, si du coup, le problème de posture est pas trop grave aussi, c'est peut-être faisable quoi. Mais là, je pense, dans son cas, qu'il était trop tendu. Il était trop en extension pour que ça marche, quoi [...]. Il était trop coincé pour que ça marche sur lui, quoi* » E17

### 3.3.6.2. Conseils de prévention

- Repositionner l'enfant
  - Changer la position de l'enfant lors du portage, lorsqu'il est allongé ou lorsqu'on lui donne le biberon
    - ◆ « *Quand on lui donnait le biberon, il fallait penser à la mettre du bon côté* » E6
    - ◆ « *Il fallait bien vérifier de ne pas le coucher toujours avec la tête du même côté* » E11
    - ◆ « *C'est éviter toutes les positions qui pourraient renforcer la plagiocéphalie* » E8
  - Changer la position du lit dans la chambre ou la position du bébé dans le lit
    - ◆ « *J'ai vu aussi, euh, qu'on pouvait inverser dans le lit en fonction d'où est la lumière* » E10

- ◆ « Elle nous a dit de mettre le lit parallèle à la fenêtre, de manière à ce qu'il regarde, euh, vers la fenêtre, vers la droite » E2
- ◆ « Orienter le berceau avec la lumière ou alors par rapport à nous [...] comment on est positionné dans la pièce » E14
- Positionner l'enfant sur le ventre en période d'éveil et sous surveillance
  - ◆ « Il y avait le fait de le mettre le plus souvent possible à plat ventre [...]. Il fallait pas hésiter à mettre les bébés à plat ventre pour les habituer » E11
  - ◆ « Plus tôt il jouera sur le ventre, mieux ce sera [...] » E4
  - ◆ « L'installer le plus souvent possible sur le ventre » E4
  - Même si c'est pour très peu de temps, ça reste bénéfique :
    - ◆ « Elle m'avait dit de ne pas avoir peur de la mettre sur le ventre [...], dès toute petite finalement [...], plusieurs fois par jour, la mettre sur le ventre [...] même si c'est 30 secondes » E6
  - La position sur le ventre permet d'inciter l'enfant au retournement, et à passer plus de temps dans cette position :
    - ◆ « On peut, ah oui, le mettre sur le ventre aussi régulièrement, euh, pour l'inciter à se retourner plus facilement » E14
  - Le temps passé sur le ventre était du temps passé en moins sur le dos :
    - ◆ « Il passe plus de temps sur le ventre, au lieu de rester sur le dos » E9
- Positionner l'enfant sur le côté ou avec une serviette
  - ◆ « Vous prenez une serviette, vous la roulez et il faut qu'il soit toujours, enfin le plus possible, tourné du côté opposé » E4
  - ◆ « Il nous encourageait à essayer de le mettre sur le côté aussi, euh, sur le côté opposé où il est moins, euh... donc, en lui roulant une serviette dans le dos et puis, euh, en calant un peu sa position » E17
- Favoriser les mouvements de l'enfant
  - Éviter la position statique favorisant l'immobilité de la tête, et donc une zone d'hyperpression localisée
    - ◆ « Éviter tout ce qui peut maintenir le bébé, l'empêcher de bouger par lui-même » E11
    - ◆ « Le transat [...], il fallait éviter trop longtemps ou trop longtemps allonger [...] parce que justement, ça favorisait les têtes plates, puisque l'enfant ne pouvait pas bouger sa tête » E13
  - Éviter le matériel de puériculture contraignant l'enfant à être immobile et à restreindre sa mobilité
    - ◆ « Des supers trucs magiques, coussins, qui permettent de le remonter, euh, ou aussi des espèces de cale-tête, là, qu'on peut mettre dans le lit [...]. J'ai dû aller sur les sites de recommandations de pédiatres [...] et ce que disent les pédiatres, c'est qu'il ne faut surtout pas mettre ce genre de choses, parce que c'est le meilleur moyen pour déformer » E6

- ◆ « *Il fallait vraiment pas laisser longtemps dans le transat, euh, une demi-heure et puis après c'était fini. Pas laisser des heures, ni même laisser dormir dans le transat ou dans le cosy* » E6
- ◆ « *On nous a déconseillé le cosy [...], le transat aussi* » E14
- ◆ « *J'ai bien sûr évité, euh, les mobiles au-dessus de sa tête. J'ai évité de le mettre en transat* » E13
- Au contraire, le matériel de puériculture peut être vu comme une aide pour prévenir la plagiocéphalie, avec tout de même un risque d'étouffement :
  - ◆ « *J'ai vu des choses, des accessoires, des espèces de poufs (mouvement de demi-cercle avec sa main) ou des oreillers [...]. Ou alors, on vous dit que le bébé, comme ça, est bien maintenu de part et d'autre. Après, euh, quand vous lisez les commentaires - « Euh, oui, mais il y a des risques d'étouffement, et tout ça... » - donc, bon, je... C'est la seule chose, le seul truc que j'ai vu qui pourrait aider à prévenir* » E10
- Favoriser la motricité libre et spontanée de l'enfant
  - ◆ « *Au maximum, le laisser en motricité libre sur son tapis pour qu'il puisse, euh, se mouvoir* » E8
  - ◆ « *On le laisse assez [...] libre dans ses mouvements* » E12
  - ◆ « *Le fait qu'il faille majoritairement les laisser allonger, euh, sur le dos, ou même qu'il puisse bouger sur le ventre, etc... pour la mobilité mais aussi pour la plagiocéphalie* » E6
- Faire du portage
  - Que ce soit la position de l'enfant porté :
    - ◆ « *Il y a des postures à avoir quand on le, quand on le porte tout simplement, la façon de le porter, euh, dans les bras un peu en grenouillère* » E8
    - ◆ « *Quand on le portait de, vraiment, de changer de position sur nos bras* » E12
  - Ou le portage avec le porte-bébé :
    - ◆ « *On peut faire du portage [...] avec le porte-bébé* » E14
  - Au contraire, éviter de trop porter l'enfant :
    - ◆ « *Éviter, bah, c'est trop porter l'enfant, le laisser, euh, trop porter l'enfant, et puis ne pas le porter sur le côté où il est déjà à l'aise* » E8

### **3.3.6.3. Exercices de kinésithérapie à reproduire à la maison**

Les kinésithérapeutes préconisent une PEC (prise en charge) proactive, demandant un investissement des parents en complément de ce qui est fait au cabinet :

- ◆ « *Très clairement [...], se contenter des séances chez le kiné, c'était pas suffisant [...]. Son papa et moi devions être actifs, euh, dans la prise en charge de la plagio, sinon ça servirait à rien* » E11
- ◆ « *Mais il faut se donner la peine de faire tous les exercices à la maison après [...], sinon ça ne sert à rien d'aller la voir* » E9

➤ Travail à faire, « devoirs »

- Les exercices à reproduire à la maison étaient perçus comme un travail à faire, ou encore des « devoirs » à accomplir :
  - ◆ « *Ce qu'elle nous avait donné comme devoirs à la maison (rires)* » E17
  - ◆ « *Elle nous donne des devoirs pour la semaine (rires)* » E14
- Avec l'idée de faire ces exercices tout au long de la journée, assez régulièrement :
  - ◆ « *Quand on a l'enfant éveillé, on se dit qu'il faut faire des exercices assez régulièrement* » E8
  - ◆ « *Elle nous a montré des petits exercices à faire tout au long de la journée, pendant qu'on la change, euh... des choses comme ça* » E6

➤ Faisabilité

La mise en place de ces exercices était faisable pour beaucoup de parents :

- ◆ « *J'ai trouvé que c'était faisable, que c'était des petits gestes du quotidien à mettre en place, que c'était faisable* » E17
- ◆ « *On essayait de lui faire faire ses exercices, mais c'était pas, euh... Je ne l'ai pas vécu comme une contrainte en tout cas* » E15
- ◆ « *Avant, je les faisais tous les jours, plusieurs fois par jour, à chaque change* » E9

➤ Prenant

Mais ils pouvaient également être perçus comme prenant et contraignant pour d'autres parents :

- ◆ « *Le plus compliqué, c'est de mettre en place les exercices à la maison [...], de jouer beaucoup du côté gauche du coup [...] donc c'était très difficile de suivre ça* » E3
- ◆ « *J'ai été inquiète, c'est en se disant que pendant deux mois, il allait falloir faire pas mal d'exercices* » E8

➤ Type d'exercices

- Attirer l'attention du côté opposé
  - ◆ « *Elle nous avait demandé de le stimuler de son côté faible [...], mettre un petit jouet, ou un petit truc brillant, dans son landau du côté faible* » E11
  - ◆ « *C'est surtout stimuler du côté opposé, stimuli visuel, auditif, euh... enfin, mettre les jouets toujours du bon côté* » E14
  - ◆ « *Elle nous a dit de nous positionner, souvent nous, sur sa droite* » E2
- Détendre - masser les muscles
  - ◆ « *On avait un massage des pieds. On devait masser la plante du pied vers l'avant comme ça (montre le mouvement) [...]. Il y avait un massage dans la paume des mains, comme pour les pieds, parce qu'il était très tonique* » E11
  - ◆ « *Elle me faisait lui écarter les doigts (montre en écartant les doigts de sa fille), euh, pareil sur les orteils* » E6
- Lui faire prendre conscience de son hémicorps délaissé :
  - ◆ « *Des petits massages, pour qu'il prenne conscience de son autre partie du corps* » E17

○ Mouvement de torsion des hanches, des jambes

- ◆ « Des étirements aussi. En fait, il fallait que je lui tourne les hanches et que je tiens son épaule [...]. Le tronc bien droit et les hanches qui tournent comme ça, ça permettait d'étirer toute cette partie-là (montre les muscles du haut du corps, les épaules) » E6
- ◆ « Faire des petits exercices au moment du change, euh, on lui bascule les jambes d'un côté puis de l'autre, en comptant jusqu'à 20 » E17

**3.3.6.4. Consulter un ostéopathe en prévention**

- L'idée de consulter un ostéopathe dès la maternité, ou dans les premières semaines de vie, pour vérifier qu'il n'y ait pas de blocage ou de tension, et ce de manière préventive :
  - ◆ « Bah, dans certaines maternités, je sais que, par exemple, dès la naissance, ils peuvent voir un ostéopathe ou un kiné, pour voir s'ils sont pas bloqués » E9
  - ◆ « C'est vrai que d'habitude, au bout d'un mois, euh, on dit qu'il faut aller, euh, avec les enfants consulter enfin chez un ostéopathe [...]. Je dirais en effet que ça peut être intéressant d'aller chez l'ostéopathe au bout d'un mois, un mois et demi, euh, après la naissance, pour faire un diagnostic, s'il y a quelque chose ou pas » E8
  - ◆ « Dans le premier mois, c'est sûr qu'il faut aller voir l'ostéopathe » E13
- Cependant, dans le cadre de la consultation ostéopathique, les parents émettent quelques réserves (la première étant que l'ostéopathie n'est pas remboursée) mais d'après certains parents, il serait judicieux d'aller consulter systématiquement un ostéopathe quelques semaines après la naissance :
  - ◆ « [...] Et je pense qu'il faut insister, même si ce n'est pas forcément remboursé, mais qu'il faut... il faudrait insister » E13
- La deuxième réserve est qu'il faut bien choisir un ostéopathe de confiance :
  - ◆ « Après, c'est pareil : je pense qu'il faut aller voir les bons. C'est bête à dire, mais euh... J'avais été voir un ostéopathe dans les deux premières semaines qui n'avait pas décelé la plagio (rires), ni la position » E13

**3.3.6.5. Consulter un kinésithérapeute en prévention**

Un bilan par un kinésithérapeute en prévention est aussi préférable pour certains parents :

- ◆ « C'est peut-être pas mal pour eux après, et même au bout d'une semaine, d'avoir un petit bilan par un kiné » E9

**3.3.7. Informations sur la plagiocéphalie**

**3.3.7.1. Après le diagnostic de plagiocéphalie**

**3.3.7.1.1. Réassurance par les professionnels de santé**

- Les parents ont été rassurés par l'ensemble des professionnels de santé qui les ont suivis, aussi bien le médecin que le pédiatre, le kinésithérapeute et l'ostéopathe :
  - ◆ « *Ils nous ont rassuré, oui, la kiné comme le médecin. Ils nous ont dit que ça allait se remettre très bien* » E14
  - ◆ « *J'ai posé les questions au médecin et à la kiné surtout, à l'ostéopathe aussi [...]. J'avais demandé à la pédiatre aussi. Du coup, c'est vrai qu'ils ont tous été rassurants* » E9
- Les parents étaient sereins, avec toutes les réponses à leurs questions :
  - ◆ « *J'étais sereine quand je sortais des séances de kiné* » E5
  - ◆ « *Ça m'avait été bien expliqué, et on m'avait vraiment bien mis à l'aise et en confiance, donc non je n'avais pas d'autres questions* » E3
  - ◆ « *Quand je sors d'une séance, voilà, j'ai l'impression d'avoir tout en main en fait* » E4

### 3.3.7.1.2. Informations par l'entourage

Le fait de discuter aussi avec les amis, d'avoir leurs conseils en tant que parents :

- ◆ « *J'ai aussi dû échanger pas mal avec des amis qui avaient déjà des enfants* » E6

### 3.3.7.1.3. Accès à l'information écrite

- Fiche-conseil délivré par le médecin
  - ◆ « *Le médecin généraliste nous avait donné des conseils à ce moment-là. Il avait une petite fiche avec des conseils, euh, un peu pratiques pour, euh, éviter la plagio* » E17
- Affiche chez l'ostéopathe
  - Cette maman perçoit un intérêt à trouver une affiche d'information chez l'ostéopathe :
    - ◆ « *Chez l'ostéopathe où je vais, il y a une affiche comme ça, justement [...], et une partie, justement, nourrissons et, euh, avec des conseils [...]. Je trouvais ça intéressant* » E13
  - Par contre, elle souligne le fait qu'il était dommage de ne l'avoir vu que chez un ostéopathe, une fois que la plagiocéphalie était installée :
    - ◆ « *Je trouvais ça dommage de ne le voir que dans une salle d'attente d'ostéopathie[...]. Une fois qu'on y est, ça ne sert plus à rien finalement, puisque le problème est déjà là* » E13
- Petit prospectus

L'accès à l'information écrite par de petits prospectus :

  - ◆ « *J'avais juste eu un petit prospectus, euh, que j'ai lu sur la plagiocéphalie* » E8
  - ◆ « *J'ai trouvé, euh, des petits prospectus, oui, qu'on trouve, euh, chez les sages-femmes ou dans différents cabinets [...]. C'était plus de la documentation globalesur, euh, « Je vais avoir un bébé » [...] ou sur « Comment accueillir bébé »* » E6

### 3.3.7.1.4. Accès difficile ou impossible à l'information

Le contexte sanitaire actuel a rendu l'information plus difficile d'accès dans une certaine mesure :

- ◆ « C'est vrai qu'il est né dans une période où il y avait moins d'informations sur les murs, ou moins de flyers (rires) [...] avec, euh, bah, avec la crise sanitaire, donc forcément il y en avait, il y en a un peu moins » E12

#### 3.3.7.1.5. Compréhension difficile

L'information délivrée est incomprise, avec l'emploi de termes médicaux ou trop complexes :

- ◆ « Alors, j'ai pas tout compris, parce qu'il utilisait des mots assez techniques quand même » E13
- ◆ « J'ai pas compris tout ce que m'a dit l'ostéopathe » E10

#### 3.3.7.1.6. Informations insuffisantes

- Les informations délivrées étaient parfois perçues comme insuffisantes :
  - ◆ « On m'a pas trop expliqué au niveau de la plagiocéphalie » E13
- Les informations délivrées n'ont pas permis de mesurer la gravité du problème :
  - ◆ « Les ostéos nous ont pas orienté, ou n'ont pas... ne nous ont pas aidé à mesurer éventuellement la gravité de ce problème-là quoi, enfin donc, euh... ça, c'est un peu dommage » E17
- Il n'y a pas d'information délivrée sur les conséquences et/ou les séquelles :
  - ◆ « J'ai pas eu d'explication, euh... même du kiné, pas tant que ça, non [...]. Je savais pas du tout qu'elle pouvait, bah quelles pouvaient être les conséquences ? » E10
  - ◆ « Non, le médecin m'en a pas parlé, l'ostéopathe non plus et la kiné, euh, j'ai pas souvenir que, qu'elle m'en ait beaucoup parlé » E10

#### 3.3.7.1.7. Internet comme point d'information

- Les sites internet
  - Les sites Internet étaient consultés pour la recherche d'informations médicales :
    - ◆ « Sur Internet [...], bah, c'est le premier, le premier site que j'ai été, donc, c'est celui que m'avait donné justement l'ostéopathe » E12
    - ◆ « Il y a eu pas mal Internet [...]. J'ai dû aller sur les sites de recommandations de pédiatres » E6
    - ◆ « Donc il y a Internet, où là, il y a une mine d'informations bien sûr [...]. J'ai lu pleins de choses sur Internet » E12
  - En prenant tout de même des précautions sur ce qui est dit sur ces sites, et les inquiétudes qui peuvent en découler :
    - ◆ « J'ai regardé vite fait. Après, moi, je regarde pas forcément trop sur Internet, parce qu'on peut vite se monter la tête avec beaucoup de choses » E9
    - ◆ « Je voulais pas me faire peur, en fait, en allant regarder sur Internet. Mais là, bah, depuis deux semaines, j'ai été me renseigner, depuis que je connais le mot » E7
- Les forums de discussions

Les forums de discussions étaient d'une grande aide également, puisqu'ils permettent un retour d'expérience, notamment de parents ayant vécu la plagiocéphalie de leur enfant, et son accompagnement :

- ◆ « *Alors, il y a aussi sur Facebook : je me suis mis sur un groupe, justement [...]. Il y a des parents et je crois qu'il y a des médecins aussi [...]. Ils racontaient leurs expériences* » E12
- ◆ « *J'ai plus été voir, oui, des forums, des choses, euh... des mères qui avait des soucis comme ça, et donc des personnes qui leur répondaient sur les forums [...], des expériences plutôt que des traitements* » E13

### 3.3.7.1.8. Pas d'autre recherche d'information

- Certains parents n'ont pas ressenti le besoin de rechercher d'autres informations, puisqu'ils estimaient être suffisamment rassurés :
  - ◆ « *Non, je m'en suis tenue aux informations (rires) que le médecin m'a apporté [...]. Comme, très vite, on a été encadré (la kiné, pareil), elle nous a donné vachement d'infos, donc j'avoue que j'ai pas ressenti le besoin d'aller creuser* » E17
  - ◆ « *J'avais déjà eu pas mal d'informations de leur part [...]. Ça me suffisait* » E8
  - ◆ « *Je lui fais confiance à la kiné [...] et puis elle nous entoure bien, donc j'ai même pas eu besoin de vouloir chercher. Je n'ai pas ressenti le besoin de faire des recherches* » E4
- Certains parents n'ont pas recherché d'autres informations, puisqu'ils n'ont pas confiance en Internet :
  - ◆ « *Moi, je me méfie des sites, euh [...]. Voilà, j'ai un père médecin, je me méfie des sites (rires), euh, qui parlent de médecine, des maladies, des traitements et tout, enfin je vais pas voir* » E13
  - ◆ « *Après, sur Internet, on voit tout et rien, donc, euh, on n'a pas forcément les bonnes infos finalement* » E9

### 3.3.7.2. Avant le diagnostic, pour tous les parents

Il était demandé aux parents d'imaginer le moment le plus approprié et la forme la plus appropriée, pour apporter l'information sur la plagiocéphalie dans un but préventif à tous les parents.

#### 3.3.7.2.1. Avant la naissance

- Par la sage-femme, le gynécologue, le médecin
  - Elle peut être apportée oralement par le professionnel qui suit la grossesse :
    - ◆ « *Avant qu'il naisse, clairement, parce que je vois que c'était finalement dès ses 10 jours-là que c'est sorti, donc il faut que ce soit avant qu'il naisse* » E6
    - ◆ « *Je pense que moi, ma sage-femme, elle m'en avait parlé un petit peu durant ma grossesse [...] c'était donc important d'en parler à ce moment-là* » E13
    - ◆ « *La moindre des choses, en fait, ce serait qu'on nous en parle un minimum puisque c'est un, enfin ça fait partie des risques, euh, qu'il peut y avoir à la naissance, donc, euh, je pense que ça devrait, euh, faire partie de l'avant* » E7
  - Pendant le congé maternité :
    - ◆ « *Avant l'accouchement, pendant le... Finalement, le congé maternité, euh, s'y prête bien parce qu'on est vraiment en train de préparer l'arrivée de bébé. On a le temps de s'informer, de lire ce genre de choses donc, oui, je dirais que ça... avant l'accouchement* » E6

- Le problème qui se pose est le fait de recevoir déjà pas mal d'informations pendant la grossesse :
  - ◆ « *Mais je sais très bien qu'on a... on a plein d'informations, déjà, qui nous arrivent au tout début* » E12

➤ L'information pourrait être délivrée en salle d'attente, sous forme écrite :

- ◆ « *Mais je vois, par exemple, souvent dans les salles d'attente, que ce soit pédiatre, ou même moi, c'était quand je faisais des... Avant de faire mes monitos, il y avait des affiches par exemple sur pleins, pleins de choses [...], sur les vaccins ou sur... C'était aussi sur des choses de motricité [...]. Ça pourrait être des choses qui pourraient apparaître dans ces endroits-là par exemple [...]. Quand, voilà, on est en salle d'attente, on attend beaucoup, et du coup, on regarde un peu partout et ça nous permet justement de, peut-être, être un peu plus informé et de, bah, de savoir déjà que ça existe pour les parents, par exemple, qui peuvent ne pas du tout connaître...* » E12

➤ Lors des cours de préparation à l'accouchement

Le moment qui est revenu beaucoup est également lors des cours de préparation à l'accouchement, faits par la sage-femme :

- ◆ « *Peut-être, justement, pendant les cours de préparation à la naissance, ça peut en faire partie, peut-être* » E7
- ◆ « *Moi, j'ai fait les cours de préparation à l'accouchement, et c'est vrai qu'on parle de beaucoup de choses [...] et je pense que ça, ça pourrait être quelque chose en fait qu'on puisse aborder, pas forcément sur tout un cours d'une heure, mais au moins pendant 10 minutes* » E3

### 3.3.7.2.2. Après la naissance

➤ À la maternité

- Il est jugé utile d'apporter cette information à la maternité :
  - ◆ « *À la maternité, parce que, finalement, c'est à ce moment-là qu'on a le plus d'informations concrètes sur : « Comment s'occuper de son bébé ? »* » E11
  - ◆ « *Ce que j'aurais aimé aussi en prévention, c'est à la maternité, peut-être* » E2
- Le problème est le fait de recevoir trop d'informations à la maternité, que l'information se noie et de ne plus s'en souvenir. Le moment pour délivrer cette information est à bien choisir :
  - ◆ « *Peut-être qu'on nous en a parlé, mais j'avoue que ça ne m'est pas du tout resté, parce qu'aussi, on a tellement d'informations à ce moment-là (rires). C'est aussi ça le problème : c'est que [...], même si on est briefé sur le sujet, en effet, hein, le moment, euh, enfin, le moment est à bien choisir, parce que sinon, c'est de pas, de pas, ouais, pas mémoriser forcément, quoi* » E17
  - ◆ « *C'est vrai qu'on a beaucoup de conseils à la naissance, déjà* » E8

➤ Lors de l'examen de sortie par le pédiatre

L'examen de sortie de la maternité par le pédiatre semble être aussi un moment propice :

- ◆ « *Ça pourrait être juste verbalisé [...] par le pédiatre quand il fait le (réfléchit), le premier check-up là... l'examen de sortie. Ouais, il nous avait fait un petit bilan, tout ça* » E17

➤ Par la sage-femme

L'information pourrait être apportée par la sage-femme, que ce soit lorsqu'elle délivre les conseils de sortie de la maternité, ou même lors du suivi post-accouchement :

- ◆ « *Effectivement, à la maternité, je me rappelle qu'il y a eu ce moment avant de partir où la sage-femme est venu nous voir avec sa liste d'informations à transmettre, et je pense que ça devrait être là-dedans, quoi* » E11
- ◆ « *Peut-être en conseil de sortie à la maternité* » E4

➤ Chez le médecin ou le pédiatre

- Lors du suivi régulier de l'enfant chez le médecin généraliste ou le pédiatre :
  - ◆ « *C'est chez le médecin ou les pédiatres... Nous, c'est un médecin [...] et donc pour moi, euh, c'est là que ça doit se faire* » E10
  - ◆ « *À la visite de... La première visite chez le médecin [...], c'est des choses qui pourraient être rappelées, enfin, parce que c'est vraiment le moment où on nous donne ces repères-là, donc, euh, pour moi, ça va avec* » E11
  - ◆ « *Dans les premiers rendez-vous post-natal, enfin la visite de 15 jours, je pense que ça devrait faire partie des conseils aussi* » E4
- Que ce soit vu de manière systématique, et que ça fasse partie intégrante de l'examen de l'enfant par le médecin :
  - ◆ « *Ou même, ben, lui, dans les critères qu'il doit regarder chez l'enfant au bout de deux mois, c'est peut-être, euh, bon de regarder sa tête mais aussi en parler avec le parent de la plagiocéphalie* » E8

➤ Après la naissance et pas avant

- Il faudrait apporter cette information après la naissance et pas avant, parce que les parents reçoivent énormément d'informations avant l'accouchement, notamment pendant les cours de préparation à la naissance et qu'ils risqueraient d'oublier :
  - ◆ « *Avant on... je sais pas. On peut en parler, peut-être, mais, je ne sais pas si on retiendrait entre, déjà, les préparations à l'accouchement, euh (prend une inspiration profonde) tout ce qu'on a à préparer avant* » E17
- Pour d'autres parents, avant la naissance du bébé, ça n'est pas encore concret. Ils préfèrent que ça se fasse une fois que le bébé est là, entre leurs mains :
  - ◆ « *Je trouve que c'est difficile, moi, déjà, de faire de la prévention avant que le bébé soit né [...]. Tout ce qu'on me racontait sur les éventuels problèmes de santé des enfants, ça me passait au-dessus tant qu'il n'était pas là. Tant que c'est pas concret, je trouve que c'est compliqué* » E17
  - ◆ « *Tout ce qu'on a à préparer avant, je ne sais pas si le message passerait aussi bien, une fois qu'on a le bébé dans les mains et qu'on on peut presque le dire : « Voyez, là, il a la tête comme ça. Il faut vérifier qu'il tourne la tête des deux côtés » [...]. Si on peut le voir et le toucher, c'est plus simple* » E14

➤ Intervalle libre après la naissance

L'idée d'un intervalle libre après la naissance, pour apporter cette information, permet d'avoir un peu plus de recul et d'être plus réceptif aux conseils :

- ◆ « *Moi, je dirais dans la première semaine après l'accouchement, donc, euh [...]. Alors il y a plein, plein de choses, hein, forcément, dans les deux premières*

*semaines, euh, une fois qu'on (rires), qu'on a passé un petit peu... qu'on est redescendu un petit peu » E13*

- ◆ *« Un mois, c'est peut-être un peu tôt, et deux mois, c'est presque peut-être un peu tard, donc c'est pour ça, entre un mois et deux mois » E8*
- ◆ *« Peut-être, sur les premiers rendez-vous avec la pédiatre et après le premier mois. Donc au premier mois, je pense qu'on peut déjà se rendre compte de certaines choses. Je pense que ça peut être bien d'en parler » E3*

### 3.3.7.2.3. Sous quelle forme ?

Il était demandé aux parents d'imaginer sous quelle forme pourrait-on apporter cette information.

#### ➤ Sous forme orale ou verbale

- ◆ *« Ça pourrait être juste verbalisé, ouais, par les gens qui nous encadrent à la maternité » E17*
- ◆ *« La meilleure forme, ça reste à l'oral avec les professionnels qui nous suivent » E11*
- ◆ *« D'abord orale, tout simplement, euh, déjà qu'on... Je pense que, quand le médecin en parle et que les parents, bah, sont un peu inquiets, ils enregistrent, euh, rapidement » E10*

#### ➤ Sous forme écrite

##### ○ Dans le carnet de santé

- ◆ *« Après, ça pourrait être dans le carnet de santé, enfin ça pourrait... Parce qu'il n'est pas mal fait, il y a pleins de conseils pratiques sur pleins de sujets et je trouve que, enfin, c'est un support sur lequel moi je reviens aussi [...]. Enfin, je trouve qu'il est plutôt bien fait, donc ça pourrait être là-dedans » E17*
- ◆ *« Après, on pourrait aussi parler de la plagiocéphalie dans le carnet de santé. Comme il y a pas mal de choses, d'informations dans le carnet, ça pourrait être intéressant » E14*

##### ○ Sous forme de flyer, de prospectus ou d'un dépliant

- ◆ *« On a eu beaucoup de prospectus sur certains points [...]. Je trouve que c'est une bonne communication en fait, parce que c'est vrai que, bah, nous on les a tous lus. On comprend bien parce que c'est bien expliqué, donc je trouve que de communiquer par des éléments de ce type (des prospectus, des choses comme ça), je trouve que c'est quand même bien parce que c'est rapide à comprendre et il y a pas trop d'informations pas m.... Oui, il y a vraiment les informations qu'il faut » E5*
- ◆ *« Vu qu'on nous bombarde beaucoup de papiers à la maternité, peut-être sous un dépliant justement où on nous explique qu'il y a ces risques-là à la naissance et qu'il faut faire attention pendant les premiers jours, donc, euh, ça pourrait être intéressant d'avoir cette information si on ne peut pas l'avoir [...]. Peut-être sous forme de dépliant, ça peut être pas mal » E7*

- L'idée d'un prospectus accessible à tous mais à condition que les parents s'y intéressent et le lisent :

- ◆ « *Après, faut que les gens s'intéressent aussi à regarder les prospectus, hein [...]. On ne peut pas le faire à leur place non plus, bah, c'est à chacun de vouloir s'informer aussi des choses* » E9
- Sous la forme d'un livre
  - ◆ « *Il y a des petits bouquins, là [...]. Moi, je sais que j'avais feuilleté un peu les petits bouquins là, pour pas être trop prise au dépourvu quand il arrive* » E9
  - ◆ « *Mon mari et moi, on aime bien lire, on se réfère beaucoup aux livres, euh, aux prospectus ou même à la littérature globalement, euh, ce que peuvent publier certains pédiatre connus. Après, je pense à Perrenoud : j'ai le livre de Perrenoud* » E6
  - ◆ « *Bah, écrit, peut-être, tous les bouquins qu'ils nous donnent pendant les cours d'accouchement. On a plein de bouquins sur comment préparer l'arrivée du bébé, comment le nourrir, sur la diversification. Ça peut être quelque chose qui se met aussi dans ces bouquins-là, justement* » E3
- En vidéo
  - ◆ « *Je verrais bien ça sous forme de vidéos pour, euh, bien comprendre comment est-ce que ce plat peut arriver, en fait* » E2

➤ Sous forme écrite et orale

Que l'information soit à la fois délivrée oralement et sous la forme écrite :

- ◆ « *C'est plus percutant* » E17
- ◆ « *Il peut y avoir oral et support papier* » E4
- Sous forme orale et non écrite
  - Au contraire, certains parents voient cette information délivrée oralement et sont réticents à la forme écrite, parce que ces prospectus ou dépliants ne sont pas lus, ou que les parents ne s'y intéressent pas réellement :
    - ◆ « *Les plaquettes, les papiers, on en reçoit plein et on ne les lit pas* » E17
    - ◆ « *Je sais que tout ce qui est informations écrites, si c'est des pros, enfin des papiers donnés, euh, par l'expérience du travail, souvent, c'est pas lu (rires)* » E4
  - D'autres ne sont pas du tout pour la forme écrite :
    - ◆ « *C'est ce genre de truc qu'il faut pas mettre sur une plaquette à donner comme ça, genre « attention à la plagiocéphalie » ! Ce sera un peu contre-productif... enfin, vous savez, les plaquettes comme le cannabis, quoi (rires) ! [...] Je trouve que la plaquette, c'est un format un peu, ça fait un peu sordide des fois ! [...] Vous voyez, ces genres de vieilles plaquettes qu'on trouve sur les tables, dans les plannings familiaux (rires), enfin il y a un cliché, c'est un préjugé [...]. C'est vraiment du pur préjugé, quoi* » E11

**3.3.7.2.4. Conseils**

- Observer son bébé et sa position, s'il a un côté préférentiel :
  - ◆ « *Peut-être d'insister, c'est bête mais, euh, d'insister après l'accouchement sur l'observation de son bébé [...], observer son enfant pour voir, bah, justement, s'il se tourne de tous les côtés* » E13
  - ◆ « *Faire attention sur ces premiers jours à la maternité, de faire attention à la position du bébé* » E7

- Les conseils de prévention de la plagiocéphalie sont du même niveau que les conseils d'hygiène de vie et conseils pour prévenir la MIN :
  - ◆ « Pour moi, ça va avec, euh, pas de... enfin, une turbulette pour dormir, euh, une chambre à 20°, pour moi, ça fait pas... c'est des recommandations de ce niveau-là, en fait » E11

### 3.3.8. Améliorations de la prise en charge : attentes et besoins

Code 3 couleurs :

- À la maternité
- Personnel paramédical
- Médecin et pédiatre

#### 3.3.8.1. Satisfaction

Les parents ont été satisfaits de la prise en charge dans sa globalité, ainsi que sur le diagnostic posé, les informations reçues et le déroulement du suivi :

- ◆ « Bah, vis-à-vis du généraliste, moi, je vois aucune piste d'amélioration [...]. Nous, on a eu la version idéale, enfin, je pense que le besoin, ce serait que tous les généralistes fassent comme la nôtre [...] parce qu'elle l'a vu vraiment très tôt » E11
- ◆ « Elle a été parfaite, hein, c'est déjà très bien. C'est elle qui l'a repéré donc je vois pas... puis elle a écouté quand on lui a dit. Elle l'a repéré à 15 jours, c'est déjà bien » E14
- ◆ « Ça s'est passé comme je l'aurais voulu [...]. J'attendais rien de plus du médecin généraliste, enfin... J'ai eu l'impression qu'elle avait fait l'entièreté de ce qu'elle pouvait faire » E2
- ◆ « La kiné, elle est vraiment, sincèrement, je la recommande, parce qu'elle est vraiment bien » E3
- ◆ « On avait toute confiance dans la kiné, qui rééduquait bien » E2
- ◆ « Il n'y a pas eu d'attente particulière, enfin on était bien pris en charge » E14

- Plagiocéphalie repérée par le médecin généraliste

La plagiocéphalie a été repérée tôt par le médecin généraliste, ce qui a été souligné par la kinésithérapeute, puisqu'il arrive que la plagiocéphalie ne soit pas pris en charge aussi précocement :

- ◆ « La kiné disait que, bah, c'était bien que le généraliste ait pointé du doigt ce problème-là, parce que parfois, c'est pas tellement repéré ou on envoie pas directement les enfants chez le kiné » E17
  - ◆ « Je pense que c'est à noter, parce que, euh, la kiné disait que c'était assez rare, en fait, que les généralistes le diagnostiquent si tôt, et en tout cas, le prennent en compte si tôt » E11
- Association de la satisfaction médecin généraliste (MG) + DU (Diplôme universitaire) de pédiatrie

- Certains parents étaient très contents de la prise en charge de leur médecin généraliste, et pensent que le fait que leur médecin ait un DU de pédiatrie est un plus (que la prise en charge est meilleure) :
  - ◆ « Non, chez le médecin, il n'y a pas à redire [...], euh, comment le médecin généraliste... mais elle avait son DU de pédiatrie, alors peut-être qu'elle était davantage formée qu'un autre médecin généraliste. On ne sait pas, mais en tout cas, voilà, en tout cas, c'était... On était content qu'elle puisse le voir » E14
- D'autres ont changé de médecin traitant pour un médecin ayant un DU de pédiatrie :
  - ◆ « Un médecin traitant, qui s'y connaissait en pédiatrie, qui avait un DU de pédiatrie, enfin voilà, et qui était bien avec les enfants et bien avec les parents aussi, qui prenait le temps, donc j'ai dit : « Allez, vas-y ! On prend rendez-vous. On verra ce que ça donne » [...]. Celui qu'on voit maintenant, bah, il prend le temps de poser des questions, d'approfondir » E4

### 3.3.8.2. Petites améliorations

- Faire plus de prévention :
  - ◆ « Bah, déjà, la prévention au premier rendez-vous » E4
- Explications plus précises, plus de pédagogie
  - ◆ « Il nous a imprimé une fiche, donc, avec les petits conseils liés à la plagiocéphalie [...], mais ça aurait été peut-être plus de faire des petites, enfin... de nous montrer concrètement ce qu'on pouvait mettre en place ou de nous le raconter un peu plus, plutôt que ça prenne la forme d'un document papier, quoi. Pour incarner un peu plus les conseils [...] et puis de nous expliquer » E17
- Aider les parents à prendre conscience du diagnostic, expliquer les causes et les conséquences de la plagiocéphalie, ainsi que l'accompagnement qui en découle :
  - ◆ « Peut-être que ce qui nous a manqué, ce que finalement m'a raconté après coup, hein, la kiné, mais, euh... c'est de nous expliquer les répercussions, au-delà de la plagiocéphalie, enfin qu'est-ce qu'il y a en amont, qu'est-ce qui génère ça, et pourquoi ça, c'est à soigner quoi [...]. De faire un petit peu de pédagogie là-dessus, parce que, pour le coup, moi, je n'avais pas mesuré du tout le problème, enfin, ouais, j'avais pas dramatisé du tout [...]. C'était quand même pas anodin, quoi » E17
  - ◆ « Elle m'a donné une ordonnance pour que j'aille voir un kiné, elle m'en a... Elle m'a pas parlé, ni expliqué que ça pouvait être une plagiocéphalie. Elle m'a pas vraiment dit, euh, quoi que ce soit. Moi, je l'ai vu le mot « plagiocéphalie » sur l'ordonnance, justement... que c'était peut-être ça, mais elle m'en avait pas parlé, donc elle m'a juste dit d'aller voir un kiné et de voir ça là-bas » E7
- Plus de réassurance et d'empathie
  - ◆ « Peut-être mettre les formes pour pas inquiéter, justement [...], peut-être, ouais, plus d'empathie, si j'ose dire » E6
- Prendre plus de temps pour expliquer
  - L'idée que le médecin manque de temps est revenue plusieurs fois, avec l'idée que la consultation est trop courte, et qu'il faudrait que le médecin prenne plus de temps pour expliquer :

- ◆ « Bon, j'imagine qu'il manque de temps, hein, le médecin généraliste, et qu'il avait pas forcément le temps de nous expliquer chaque petit conseil pas à pas » E17
- ◆ « Des fois, les premiers rendez-vous, c'est un peu expéditif, dans le sens où l'enfant est pesé, mesuré, ausculté, tout ça, et puis : « C'est bon, il va bien. Vous pouvez continuer. On se revoit dans 2 semaines » » E4
- ◆ « C'est vrai que les consultations ne sont pas si longues que ça » E15
- Ou alors que le médecin ne soit pas assez pointilleux, qu'il n'aille pas assez sur les détails :
  - ◆ « Il regarde l'état général, mais je trouve qu'ils vont pas assez, euh, bah, il n'est pas allé assez sur des petites choses, ces détails qui peuvent quand-même être importants, parce que, bah, vu ce qu'il en est découlé... voilà. Je trouve qu'il faudrait qu'il y ait quelque chose en plus sur ce point-là, euh, qui, je trouve, est important » E5
- Que le suivi soit plus rapproché, que le médecin refasse le point régulièrement avec les parents sur l'avancée de la plagiocéphalie :
  - ◆ « On n'en parle jamais, donc, du coup, c'est vrai que je sais qu'elle reçoit des compte-rendu. Ce serait bien des fois, peut-être, d'en parler, d'avoir un suivi derrière. Ce n'est pas parce qu'un autre spécialiste s'occupe de cette chose-là qu'il faut oublier peut-être d'en parler, surtout pendant les visites tous les mois [...]. C'est vrai qu'on en a... jamais parlé depuis qu'elle m'a donné l'ordonnance » E7

### 3.3.8.3. Mécontentement

- Mécontentement face au retard de prise en charge
  - ◆ « Un petit peu déçu que personne ne l'ait pris en charge avant. On aurait peut-être évité que ça s'aplatisse, quoi » E14
  - ◆ « Ce que j'aurais aimé, en tout cas, c'est pouvoir... comment... réagir un peu plus vite dessus [...], pouvoir justement prendre les devants un peu plus vite, et réagir un peu plus rapidement » E12
  - ◆ « J'aurais peut-être aimé, ouais, qu'on le détecte plus tôt » E8
- Déception
  - ◆ « Un peu déçu que c'était pas vu encore avant, parce que j'en... on a alerté, enfin j'ai alerté, euh, dès le début, en fait, à la maternité » E14
  - ◆ « Quand le médecin de la crèche m'a dit : « Oui, il a une plagiocéphalie », ça... je me suis dit : « Bah, mince, mon médecin ne l'a pas vu avant » [...]. J'ai été un peu déçu, que lui ne l'ait pas constaté au bilan qu'il fait tous les mois » E5
- Manque d'écoute
  - ◆ « On l'a dit à la maternité. Il a été suivi par une sage-femme, euh, pour les pesées toutes les semaines. Pareil, on lui a dit, elle n'a pas réagi. Elle n'a pas écouté non plus » E14
  - ◆ « Mais, en fait, je me rends compte que j'aurais vraiment eu besoin qu'on m'écoute et qu'on entende le fait que j'étais pas à l'aise » E11
- Manque de réponses à nos questions

- ◆ « Je dois avouer : je faisais plus confiance à ma sage-femme qu'à mon médecin [...]. J'avais des soucis d'allaitement mais elle (le médecin) m'a pas forcément conseillé quoi que ce soit. J'ai pas eu plus de conseils que ça, d'elle » E13
- ◆ « Quand je posais des questions un peu plus précises, il me disait : « Ça va aller, il va grandir ». C'était vraiment, bah, j'ai pas eu l'impression d'être plus accompagnée que ça » E6

➤ Manque d'expérience

- ◆ « Elle n'a pas forcément fait le lien avec une plagio, ou avec, justement, un problème au niveau du cou, donc, euh... Bon, peut-être que j'aurais pu lui en parler davantage, insister, aller la voir plus, euh, c'est vrai [...]. Peut-être qu'elle a un manque d'expérience par rapport aux nourrissons, je ne sais pas » E13
- ◆ « C'est une très bonne professionnelle. Je pense que c'est quelqu'un qui a peut-être besoin d'expérience, ou je ne sais pas, mais elle m'a donné beaucoup de conseils qui n'étaient parfois pas sollicités, qui sortaient un petit peu du cadre [...]. C'était pas sollicité et j'ai trouvé ça un peu intrusif » E11

➤ Savoir s'adapter au rythme de l'enfant

- ◆ « Elle avait un peu du mal à s'adapter, euh, à son rythme. C'est vrai que, quand on sort de la maternité, là, j'étais avec un bébé très jeune. On nous recommande, et ça semble cohérent, de suivre un petit peu les rythmes de son bébé [...], mais il y a eu des fois où je pense que ça allait un petit peu trop loin pour les capacités de G11, et donc pour lui, je pense que c'était beaucoup » E11

➤ Prise en charge (PEC) ne convenant pas

La maman n'était pas spécialement à l'aise avec le professionnel de santé et avec la PEC proposée :

- ◆ « J'étais pas à l'aise avec cette prise en charge, et de l'impact que ça avait sur mon bébé » E11
- ◆ « « Madame, si vous êtes pas bien avec votre kiné, faut que vous alliez voir quelqu'un d'autre » [...]. Euh, elle (l'ostéopathe) n'avait pas tort, elle me disait : « Mais effectivement, si vous n'êtes pas en confiance, ça, c'est pas bon. Ça ne remet pas en question les compétences de cette personne-là, mais si avec vous, ça marche pas bien, euh, c'est pas bon ». Donc, elle m'a donné des noms [...]. J'aurais peut-être dû changer de kiné, ou lui en parler plus directement, mais c'était un petit peu délicat [...]. Je voyais pas comment aborder ça de façon, euh... de façon constructive et pas agressive [...], sans la mettre en difficulté, sans la mettre mal à l'aise » E11

### 3.3.8.4. Uniformisation des discours et de la prise en charge

➤ Plagiocéphalie décelée mais non prise en charge

- ◆ « Il y a peut-être des médecins pour qui, euh, ça ne lui semblait pas important justement, parce que, du coup, ils m'en ont pas parlé » E15
- ◆ « On avait parlé un petit peu, mais voilà. Pour lui, en tout cas, dans son esprit, ça allait revenir tout seul » E12

➤ Inégalités des discours

- Les discours étaient dans certains cas contradictoires, amenant les parents à être totalement perdus :
  - ◆ « *On a vu plein de médecins, pleins de gens différents : il y en a qu'un qui nous a dit qu'il y avait un souci [...]. Soit c'est vraiment un cas tellement peu visible que bah, c'est... ils sont passés à côté [...], soit il y a peut-être des médecins pour qui, euh, ça ne lui semblait pas important, justement, parce que, du coup, ils m'en ont pas parlé* » E15
  - ◆ « *La chiro m'a dit : « Bah, écoutez, non, pas du tout, euh, c'est des bêtises qu'on entend très souvent, mais c'est des bêtises » [...]. Elle nous a donné un nom d'une ostéo spécialisée là-dedans, enfin qui faisait les nourrissons, qui faisait la plagio avec qui elle travaille, elle* » E11
- Le fait de recevoir des discours totalement différents et d'être perdu dans le parcours de soins :
  - ◆ « *Ce qui m'a un peu perturbé, c'est qu'il y avait, voilà, j'avais plusieurs discours donc je ne savais pas trop vers où aller [...]. Chacun justement a son avis là-dessus et... Nous, en tant, enfin, avec mon compagnon, on s'était dit, bah : « Est-ce que ça va se remettre tout seul ? Est-ce que ça ne va pas se remettre tout seul ? Est-ce qu'il faut l'aider là-dessus avec un casque ? ». On savait plus qui trop écouter, on va dire* » E12

### 3.3.9. Le devenir

#### 3.3.9.1. Bonne évolution

L'évolution est bonne, avec une amélioration objective :

- ◆ « *Ouais, ça évolue bien [...] donc, voilà, les problèmes de motricité sont en train de se résorber, la plagiocéphalie aussi* » E17
- ◆ « *On voit que ça s'améliore* » E2
- ◆ « *Je trouve que l'évolution est bonne* » E5

➤ La plagiocéphalie se résorbe

- ◆ « *Honnêtement, rien qu'à l'œil nu, déjà, ça se voit très fortement [...]. Ça avait changé très rapidement, quoi* » E12
- ◆ « *On voit que c'est moins déformé qu'au début [...]. Même notre médecin généraliste nous dit que c'est moins déformé qu'avant* » E2
- ◆ « *Il y a encore un tout petit peu, enfin, elle est encore un tout petit peu aplatie, mais ça se remet vraiment très bien. C'est quasiment imperceptible [...]. Oui, c'est positif* » E6

➤ Une amélioration posturale

- ◆ « *Je vois énormément d'amélioration au niveau du corps, de la position, du maintien de la tête* » E7
- ◆ « *Ça va vachement mieux au niveau postural, et du coup [...], il est beaucoup plus mobile : il tourne la tête des deux côtés. Maintenant, il peut dormir des deux côtés* » E17

- ◆ « Niveau mobilité, voilà [...], la tête s'est quand même assez vite débloquée. Au fil des semaines, ça s'est quand-même bien amélioré. Il tournait la tête, même dans les bras » E4

➤ Disparition de la plagiocéphalie

- ◆ « Ça se développe très bien, et on voit qu'il n'y a plus aucune trace [...], non, ça a disparu. Moi qui pensais, il y a un mois, que... je trouvais qu'il y avait encore un peu de plat dans sa tête » E13

### 3.3.9.2. Amélioration de la motricité mais plagiocéphalie toujours présente

Dans la majorité des cas, la motricité et la posture de l'enfant se sont nettement améliorées, mais la plagiocéphalie est toujours présente :

- ◆ « On a bien vu qu'au niveau des hanches, au fur et à mesure du temps, ça s'était vraiment bien remis. Elle est beaucoup mieux, donc, là aussi, au niveau de la tête, elle, euh, elle est beaucoup plus mobile, donc, euh, c'est plutôt bien. Après, son plat est toujours là, donc moi je vois pas d'amélioration au niveau de ça » E7
- ◆ « Ça évolue bien, sa motricité se développe très bien [...]. Au niveau de la motricité, on a l'impression que ça s'est bien remis [...]. Au niveau de la tête, ça se voit un peu moins, mais ça se voit quand même toujours » E2
- ◆ « Franchement, moi, je trouve qu'il a toujours un petit peu la tête plate » E15

### 3.3.9.3. Progression dans le temps

On voit une progression de la plagiocéphalie, de la mobilité et de la motricité, au fur et à mesure du suivi :

- ◆ « Pour l'instant, elle évolue tranquillement. La kiné l'aide beaucoup quand même, parce qu'on voit les efforts » E3
- ◆ « Ça se verra dans le temps, et qu'il faut aussi attendre qu'elle puisse se retourner » E7
- ◆ « Il fait beaucoup de progrès » E14

### 3.3.9.4. Amélioration puis ré-aggravation

Dans un cas, la maman rapporte une amélioration de la déformation puis une ré-aggravation secondaire :

- ◆ « On va dire, a minima, résorbée, et après, quand il a commencé à beaucoup plus gesticuler, elle est revenue, en fait [...]. J'ai eu vraiment cette impression d'une baisse [...], d'un retour, euh, pendant les vacances, là où c'est vrai que c'est revenu. Alors, peut-être, le fait qu'elle nous avait vraiment conseillé de le faire jouer dans l'autre sens [...], et lui, il voulait vraiment pas [...], je pense que à ce moment-là, elle a ré-évolué de nouveau » E5

## **4. DISCUSSION**

### **4.1. Forces et faiblesses de l'étude**

#### **4.1.1. Forces**

##### **4.1.1.1. Le sujet abordé**

À notre connaissance, il s'agit du seul travail évaluant le vécu parental sur la prise en charge de la plagiocéphalie positionnelle postérieure du nourrisson en médecine générale, depuis la diffusion des recommandations de la HAS de mars 2020.(3)

##### **4.1.1.2. La méthode qualitative**

Avoir choisi une méthode qualitative qui est une méthode rigoureuse, était une force de notre étude. Nous souhaitons que les thèmes et les éléments de réponses émergent du discours des parents sans que celui-ci ne soit influencé par l'investigateur.

Par ailleurs, une méthode qualitative était appropriée pour dégager des pistes de réflexions concernant la prévention et la prise en charge de la plagiocéphalie en médecine générale, par rapport à une méthode quantitative qui aurait restreint les champs d'explorations.

##### **4.1.1.3. Les entretiens semi-dirigés**

Le choix des entretiens individuels semi-dirigés nous semblait pertinent, pour obtenir le maximum d'informations, cela a permis également une expression aisée des parents sur le sujet, sans la crainte d'être jugés par un groupe.

##### **4.1.1.4. La validité externe**

Les résultats obtenus sont en corrélation avec les données de la littérature, comme nous pouvons le voir dans la partie 4.3. *Analyse des principaux résultats.*

#### **4.1.2. Faiblesses**

##### **4.1.2.1. Représentativité de l'échantillon**

L'analyse qualitative ne permet pas la représentativité statistique. L'échantillonnage était non-aléatoire et les résultats de l'étude ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population des parents.

Dans cette recherche, nous avons recruté les parents de nourrissons de moins de 12 mois ayant ou ayant eu une plagiocéphalie positionnelle postérieure sur la base du volontariat. Nous avons ainsi sélectionné involontairement les parents souhaitant faire partager leur expérience, constituant un biais de sélection.

##### **4.1.2.2. Les biais de l'étude**

- Nous pouvons relever dans notre étude plusieurs biais, c'est-à-dire des « modifications des résultats en fonction du dispositif d'investigation » :
  - Le biais de déclaration

Ce biais apparait lorsque les réponses sont influencées par l'enquêteur, l'interviewé peut chercher à donner la réponse que l'enquêteur souhaite entendre ou ne pas être complet dans ses déclarations. L'entretien était anonyme, néanmoins les parents ont pu sous-estimer certaines déclarations par crainte d'un jugement.

- Le biais d'induction

Un enquêteur n'est jamais neutre et peut influencer le discours par l'intonation de sa voix, son attitude. Nous avons tenté de minimiser ce biais qui semble moins présent au fur et à mesure des entretiens, en limitant nos interventions et en restant le plus objectif possible.

- Le biais d'investigation

Ce biais se traduit par le manque d'expérience de l'enquêteur dans la conduite des entretiens, notamment par des formulations de questions parfois maladroites. Ce type d'entretiens nécessite une certaine confiance avec la personne interviewée qui nous livre son histoire et son ressenti.

- Le biais d'analyse

Une étude qualitative ne permet pas de faire des statistiques, ne permet donc pas d'extrapoler les résultats à la population générale compte tenu du faible échantillon et du type de guide d'entretien.

- Le biais d'interprétation

Notre étude n'a pas bénéficié d'une double lecture et d'un double codage, ce qui diminue sa validité interne, nous n'avons pas pu trianguler les données.

Nous ne pouvons ainsi éliminer un biais d'interprétation. En effet, l'analyse des résultats d'une étude qualitative est par définition subjective car influencée par l'enquêteur. En effet, certaines réponses ont pu être mal interprétées.

- Le biais de mémorisation

Un biais de mémorisation est présent dans le sens où l'étude est basée sur des faits passés que l'interviewé livre, notamment la découverte de la plagiocéphalie, son diagnostic, le déroulement du suivi. Les parents ont pu oublier certains détails.

- Un entretien semi-dirigé paraissait ainsi plus adapté. Le guide d'entretien a pu être modifié en cours d'étude, constituant un biais de maturation. Cette évolution du guide améliore la richesse et la fluidité des entretiens.

Parfois, une question était négligée, l'échange dynamique ne respectant pas toujours l'ordre établi du guide. Ces oublis sont limités et ne semblent pas entraver la compréhension globale et l'interprétation du discours.

## **4.2. Analyse des principaux résultats**

### **4.2.1. Représentations des parents autour des connaissances de la plagiocéphalie**

#### **4.2.1.1. Représentations de la définition de la plagiocéphalie**

La plagiocéphalie est vue comme une **déformation du crâne** ou de la tête, comme un aplatissement d'une partie du crâne, qui peut se situer sur le côté du crâne ou à l'arrière de celui-ci. Elle est vue dans certains cas comme une malformation, voire une pathologie.

La plagiocéphalie a une **prévalence élevée** et plusieurs parents se rendent compte qu'elle n'est pas rare, qu'elle touche beaucoup d'enfants. Les parents sont rassurés par le fait que la plagiocéphalie soit relativement fréquente.

#### 4.2.1.2. **Connaissances de la plagiocéphalie avant le diagnostic**

Peu de parents connaissaient le terme « plagiocéphalie » avant le diagnostic de leur enfant, mais la majorité avait connaissance de la tête plate, avec même une difficulté à retenir ce terme, qui s'apparentait plus à un terme médical.

Pour d'autres parents, ils n'avaient jamais entendu ni vu de tête plate et ne connaissaient pas non plus le terme de « plagiocéphalie ».

#### 4.2.1.3. **Connaissances des causes de la plagiocéphalie**

- **L'origine positionnelle** a été citée dans la majorité des cas :
  - Pendant la **vie intra-utérine ou lors de l'accouchement**, l'enfant peut prendre une mauvaise position dans l'utérus, position qu'il gardera à la naissance.
  - Il existerait une **association entre la mauvaise posture** que prend l'enfant et **l'apparition de la plagiocéphalie**. La mauvaise position de l'enfant déclencherait une mauvaise position de la tête, il peut y avoir également un blocage d'une ou de plusieurs parties de son corps, induisant des tensions musculaires et par conséquent un risque de déformation du crâne.
- **La restriction de mobilité**
  - La position statique, que ce soit en utilisant certains sièges comme le transat, mais aussi tout matériel de puériculture venant contraindre l'enfant à rester immobile, augmente ainsi le risque de plagiocéphalie.
  - Dans la thèse d'A. Tamalet, 12% des parents se sont vus conseiller un coussin anti-plagiocéphalie, qui peut entraver les mouvements du nourrisson dans son sommeil et augmente le risque de mort inattendue du nourrisson.(46) L'utilisation de « coussins anti-plagiocéphalie » n'est pas recommandée, aucune étude dans la littérature n'a prouvé son efficacité. Une partie de ce matériel reste tout de même bénéfique dans le cadre de la plagiocéphalie. Dans la thèse de C. Paris et L. Baulande, 63,3 % des parents ont acheté du matériel recommandé dont 56,0 % un tapis d'éveil et 49,0 % un porte bébé ou une écharpe de portage.(47)

Il semble nécessaire d'avertir les parents du danger d'utilisation du matériel limitant la mobilité de l'enfant, et ce malgré le marketing commercial pour ces produits.

Un des points importants de cette prévention est basé sur le concept de la **motricité libre et spontanée du nourrisson**, concept décrit par Emmi Pickler, pédiatre hongroise, en 1930.(34) Il s'agit de favoriser la motricité libre de l'enfant en le laissant évoluer dans des conditions adéquates de liberté de mouvement, au sol sur son tapis d'éveil sans intervention modificatrice de la part de l'adulte.

L'idée d'une **association entre la plagiocéphalie et des maladies ou syndromes malformatifs** pouvant toucher l'enfant a été émise, mais la plagiocéphalie reste tout de même corrélée à la position allongée de façon prolongée sans qu'elle ne soit directement liée à cette maladie.

Aucune étude n'a été retrouvée dans la littérature concernant un lien entre la plagiocéphalie positionnelle et les différents syndromes malformatifs. Cependant plusieurs études font état d'un lien entre certains syndromes malformatifs comme le syndrome d'Apert, la maladie de Crouzon, le syndrome de Pfeiffer, le syndrome de Saethre-Chotzen ou encore le syndrome de Muenke et la craniosténose. Ces syndromes malformatifs associent souvent la craniosténose aux dysmorphies faciales et dysmorphies des extrémités.(48)(49)

Un lien entre les **troubles digestifs**, notamment les reflux et l'apparition d'une plagiocéphalie a été suggéré par certains parents. La gêne digestive entrainerait une mauvaise posture et ainsi des tensions musculaires, qui pourraient être à l'origine de la plagiocéphalie.

Les **troubles de l'oralité** pourraient en être également responsable selon certains parents.

Une étude a été menée par M. Filisetti, D. Cattarelli, S. Bonomi, étude descriptive dont l'objectif était d'identifier entre autres les troubles liés à la plagiocéphalie et de les traiter par l'ostéopathie. En 8 ans, 310 nourrissons avec une plagiocéphalie positionnelle ont été inclus dans l'étude. Les enfants ont reçu un total de 6 séances ostéopathiques incluant l'évaluation. Parmi les troubles que nous retrouvons associés à la plagiocéphalie positionnelle, 31 % (98 bébés) des mamans ont signalé la présence de troubles fonctionnels gastro-intestinaux, en particulier le reflux gastro-œsophagien (62 bébés) et la constipation (36 bébés). Dans certains cas, les deux troubles ont été détectés. Les troubles gastro-intestinaux ont été améliorés chez tous les enfants.(50)

Pour ce qui est du lien entre les troubles de l'oralité et la plagiocéphalie, aucune étude dans la littérature n'a étudié ce lien de causalité.

#### **4.2.1.4. Connaissances des conséquences de la plagiocéphalie**

Le développement du cerveau pourrait être impacté, d'après certains parents et il pourrait y avoir une incidence sur le **développement neurologique**, notamment dans les formes sévères de plagiocéphalie.

Au contraire, pour certains parents, il n'y avait aucun impact sur le développement neurologique.

Quand est-il du **développement psychomoteur** ? Le côté préférentiel concerne l'ensemble de l'hémicorps avec une incidence sur la motricité de ce côté mais également sur la motricité globale, avec un risque de retard sur le développement moteur.

Comme le montre l'étude de Collet (2011, États-Unis), étude comparant le développement cognitif, celui du langage, le développement moteur ainsi que le comportement des enfants avec ou sans plagiocéphalie, les auteurs concluent que les nourrissons avec une plagiocéphalie présentaient un retard du développement comparativement aux nourrissons sans plagiocéphalie. Ces résultats n'impliquent pas nécessairement une relation causale entre la plagiocéphalie et le développement parce que les enfants présentant des retards peuvent être plus à risque de présenter une plagiocéphalie. Néanmoins, il semble qu'une surveillance accrue du développement est nécessaire chez ces enfants.(26)

L'**impact esthétique** et surtout sur le visage est celui qui inquiétait le plus de parents, avec la crainte que leur enfant soit différent des autres enfants, mais également qu'il en garde des séquelles pour plus tard. Les filles auraient moins de gêne pour ce problème esthétique ayant

des cheveux longs en général, qui viennent masquer la déformation persistante, contrairement aux garçons.

#### **4.2.2. Vécu parental autour du diagnostic et de la prise en charge de la plagiocéphalie**

##### **4.2.2.1. Vécu du diagnostic**

Des **inquiétudes** ou une certaine peur étaient exprimées lorsque le diagnostic était posé. Même en sachant que la plagiocéphalie n'était pas quelque chose de grave en soi, le fait de savoir que son enfant a « quelque chose », peut préoccuper.

Dans certains cas, le diagnostic de plagiocéphalie a été minimisé pour se protéger dans un sens ou par méconnaissance de la plagiocéphalie et de son accompagnement, révélant une forme de **déni du diagnostic**.

La déformation était peu visible, pas très prononcée, ne se voyait pas physiquement selon certains parents, ils tentaient de **banaliser ce diagnostic** pour se rassurer.

D'autres parents se rassurent sur le fait que la plagiocéphalie est le « seul problème » de santé de leur enfant, en tentant de relativiser ou bien que leurs enfants avaient d'autres problèmes de santé, qui font que la plagiocéphalie est relayée au second plan : nous y voyons une forme de **rationalisation** pour accepter le diagnostic.

Nous retrouvons dans la thèse de F. Rosselot, les mêmes idées lorsque le diagnostic était posé, à savoir le possible déni de la pathologie par certains parents, une banalisation de la pathologie et pour d'autres parents, une certaine rationalisation face au diagnostic de plagiocéphalie.(51)

Dans notre étude, plusieurs parents n'étaient au contraire pas inquiets du diagnostic, qui semblait être bien vécu, sans stress, sans inquiétude. Ils étaient même confiants sur le devenir, sur le fait que la plagiocéphalie se traitait très bien et se résorberait avec le temps.

Le fait également de connaître le diagnostic, que le diagnostic soit posé, l'inquiétude des parents retombait et surtout le fait de pouvoir connaître les mesures craniométriques, que nous puissions les quantifier, leur permettaient de se projeter et de visualiser le suivi et l'accompagnement qui en découlait.

##### **4.2.2.2. Vécu de la plagiocéphalie et des possibles répercussions**

L'impact esthétique faisait partie des préoccupations premières, la peur que son enfant soit différent, le fait que cela dure dans le temps, l'impact qu'il pourrait y avoir, mais aussi la peur de l'handicap, ainsi que celle d'un certain mal-être que pourrait développer l'enfant plus tard, surtout vis-à-vis du regard que pose la société sur la plagiocéphalie.

Dans la thèse de C. Paris et L. Baulande, les principales inquiétudes concernaient la gêne esthétique (61,8 %) et la crainte d'un impact sur le développement du cerveau (41,2 %).(47) Dans notre étude, une maman a même cité la peur d'être tenu pour responsable en tant que parents, par l'enfant plus tard, s'il venait à garder des séquelles.

Il y a tout de même un point positif, celui d'avoir changé sa **perception de la plagiocéphalie** et de son accompagnement. La fréquence élevée de la plagiocéphalie et l'absence de prédisposition font que les parents prennent conscience que la plagiocéphalie peut arriver à

n'importe quel enfant. Il ya aussi, chez une autre maman, un processus de déconstruction de l'idée, selon laquelle la plagiocéphalie ait été la conséquence d'une certaine négligence vis-à-vis de l'enfant.

Suite à ce changement de regard sur la plagiocéphalie, les parents pensent qu'ils seront plus attentifs pour les enfants de l'entourage, leurs propres prochains enfants, sur le fait de conseiller à d'autres parents de consulter en cas d'asymétrie crânienne.

#### **4.2.2.3. Précocité du diagnostic versus diagnostic tardif**

Le **sentiment de culpabilité** a été cité de nombreuses fois : la culpabilité de ne pas l'avoir décelé plus tôt, avec cette impression d'avoir « raté quelque chose », d'être considérés comme mauvaisparents.

Nous pouvons soulever une certaine **subjectivité sur le délai** pour porter le diagnostic. Pour certains parents, le diagnostic à 3 mois est vraiment tardif, alors que pour d'autres le fait que la plagiocéphalie ait été diagnostiquée à 3 mois ne représente pas de retard diagnostic. En effet, comme dans toute pathologie, la précocité du diagnostic est préférable. Il existe une peur lorsque le diagnostic est tardif, qu'il y ait des séquelles dus à un retard de prise en charge.

#### **4.2.2.4. Vécu de la prise en charge (PEC)**

Des inquiétudes face au **retard de la prise en charge**, qui pourrait impacter l'évolution de la déformation, avec l'idée d'un **manque de chance**, qui pourrait aggraver les conséquences ou les séquelles et un plan de soins qui en sera impacté.

Des inquiétudes par rapport à la prise en charge elle-même, notamment le fait de devoir agir rapidement, d'avoir un accompagnement qui peut être prenant et lourd.

Nous retrouvons chez certains parents une **déception**, un **mécontentement** face au retard diagnostic qu'ils estiment avoir subi.

### **4.2.3. Regard des parents sur les différentes prises en charge**

#### **4.2.3.1. Intervention précoce**

La majorité des parents émettaient l'idée que l'intervention sur la plagiocéphalie se devait d'être la plus précoce possible pour un meilleur résultat, puisque l'expansion et la croissance du crâne se fait essentiellement sur les 6 premiers mois de vie, avec un risque de séquelles si l'intervention est tardive.

#### **4.2.3.2. Regard sur la kinésithérapie et l'ostéopathie**

Les **thérapies manuelles** prennent une place centrale dans cette prise en charge (PEC), et même au-delà de la prise en charge médicale. Beaucoup de parents ont rapporté que le suivi de la plagiocéphalie n'était fait que par le kinésithérapeute et/ou l'ostéopathe. Une fois le diagnostic posé, ils n'en parlaient plus avec leur médecin dans la plupart des cas et avaient une confiance totale envers le kinésithérapeute ou l'ostéopathe. Dans la thèse de P. Borgne, une fois la plagiocéphalie installée, 46% des médecins interrogés préfèrent confier le nourrisson à un kinésithérapeute tandis que 54% d'entre eux demandent l'intervention des ostéopathes, qu'ils estiment plus qualifiés pour gérer les déformations crâniennes.(52)

Les kinésithérapeutes préconisent une **prise en charge proactive**, demandant un investissement des parents en complément de ce qui est fait au cabinet. Cet investissement est sous-tendu par la **compliance parentale** à l'accompagnement proposé et nécessite une adhésion totale pour une meilleure évolution. L'éducation parentale est la clé de la prévention et du traitement de la plagiocéphalie.

D'après l'étude d'Aarnivala (2015, Finlande), dont l'objectif était d'évaluer le bénéfice d'une intervention précoce dans l'environnement du nouveau-né, sur le positionnement et le portage de l'enfant sur la prévalence de la plagiocéphalie positionnelle à trois mois. Les auteurs concluent que l'intervention éducative précoce des parents réduit la prévalence et la gravité des plagiocéphalies positionnelles à 3 mois.(53)

Certains parents ont formulé l'hypothèse que la plagiocéphalie de leur enfant se serait peut-être résorbée naturellement, même sans accompagnement paramédical.

Il est préférable de consulter un kinésithérapeute **pédiatrique** et un ostéopathe **pédiatrique**, ayant été formé à la PEC de la plagiocéphalie.

Certains parents ont insisté sur le fait de voir un kinésithérapeute ou un ostéopathe **en prévention**, pour vérifier si l'enfant ne présente pas de blocage, de contracture ou encore une mauvaise position qui pourrait être à l'origine d'une déformation crânienne. Dans la thèse d'A. Tamalet, 39% des parents interrogés déclarent consulter systématiquement un ostéopathe à la naissance de leur enfant.(46) La consultation d'un kinésithérapeute ne se faisant que sous ordonnance, elle nécessite la consultation du médecin ou pédiatre en amont et il faudrait qu'il y ait un point d'appel clinique (asymétrie posturale, mauvaise position, début de plagiocéphalie...) pour que le médecin juge nécessaire la PEC par le kinésithérapeute.

La consultation ostéopathique en prévention reste possible, sans forcément avoir été orienté par le médecin en amont, cependant il est de rigueur de consulter un ostéopathe pédiatrique ayant une approche orientée nourrissons, voire formé à la plagiocéphalie. L'article de Amiel-Tison et Soyez Papiernik (2008, France) fait le point sur la place de l'ostéopathie dans la correction des déformations crâniennes du nouveau-né et du jeune enfant. Dans cet article, les auteurs ont conclu que « *l'intérêt de l'ostéopathie pour tous dès la naissance dans un but préventif n'est pas démontré et ne paraît pas nécessaire pour la majorité des nouveau-nés* ».(54)

La Haute Autorité de Santé considère qu'« *une approche ostéopathique peut être associée à la kinésithérapie en deuxième intention* ».(3)

#### **4.2.3.3. Le recours à l'orthèse crânienne**

Un seul enfant dans notre étude bénéficiait du casque. Le principal frein pour les parents était le budget assez conséquent de l'appareillage par orthèse, non prise en charge par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dans leurs cas malgré les nombreuses démarches. Se pose également la question de la bonne tolérance cutanée, puisqu'il est tout de même porté 22h/24h. Dans le cas rencontré, le casque était bien supporté par l'enfant et a permis une amélioration de la déformation, qui est toujours en cours.

#### **4.2.3.4. Prise en charge (PEC) chirurgicale**

La PEC chirurgicale n'a pas été abordé par les parents dans notre étude. Elle n'était pas connue comme PEC possible de la plagiocéphalie positionnelle.

#### 4.2.3.5. **Conseils de repositionnement**

Ces conseils de repositionnement sont, d'un côté, bien intégrés et facilement reproduits par la majorité des parents, mais pour d'autres, ils sont **prenants et contraignants** dans leur mise en place au quotidien.

Ils sont parfois jugés **insuffisants et inefficaces** devant la gravité de la plagiocéphalie de leur enfant.

#### 4.2.3.6. **Place de la plagiocéphalie dans leur vie**

Les parents ont à reproduire des exercices à la maison, conseillés par le kinésithérapeute. À ces exercices, viennent s'ajouter les conseils de repositionnement, les conseils de prévention, mais également les rendez-vous médicaux habituels pour la vaccination et le suivi de l'enfant, les rendez-vous chez le kinésithérapeute ± l'ostéopathe, le chiropracteur pour certains. Tout ceci est assez **prenant et contraignant** dans la majorité des cas et demande une organisation rigoureuse, une **logistique au quotidien**. La conciliation de ces mesures et de l'activité professionnelle met en difficulté certains parents.

#### 4.2.4. **Informations reçues après le diagnostic**

##### 4.2.4.1. **Réassurance, explications de la plagiocéphalie**

La **réassurance** par l'ensemble des professionnels de santé qui les suivent, est importante pour les parents, aussi bien lors du diagnostic que par la suite, ils ont le besoin d'être rassurés, d'être accompagnés, le besoin d'avoir toutes les réponses à leurs questions en leur permettant d'être sereins face à la plagiocéphalie de leur enfant et à son devenir.

Dans la thèse de P. Borgne, la grande majorité (87%) des médecins rassurent les parents lors de l'apparition d'une plagiocéphalie et leur proposent des consignes posturales précoces.(52)

Dans la thèse de C. Paris et L. Baulande, concernant l'information en termes de prévention, 54,8 % des parents ont reçu une information sur la plagiocéphalie positionnelle, avant que celle-ci n'apparaisse.(47)

##### 4.2.4.2. **Sous quelle forme est-elle délivrée ?**

➤ Sous forme orale :

L'information a été tout d'abord **orale**, verbalisée par les différents professionnels en contact avec l'enfant. Dans la thèse d'A. Tamalet, 24% des parents ont reçu l'information sur les mesures de prévention par le pédiatre, 23% par la famille ou les médias, 21% par l'ostéopathe, 16% par les sages-femmes et puéricultrices, et seulement 6% ont répondu le généraliste.(46)

➤ Sous forme écrite :

L'**information écrite** s'est présentée sous plusieurs formes dans notre étude, une fiche-conseil a été délivrée par un médecin, sous la forme d'une affiche chez l'ostéopathe ou bien délivrée sous forme de petits prospectus.

➤ Par Internet :

- **Internet** est également une mine d'informations, que ce soit les sites internet ou bien les forums de discussions. En prenant tout de même des précautions sur la fiabilité de ces sites et les inquiétudes qui peuvent en découler. Les forums de discussions étaient également d'une grande aide, puisqu'ils permettent un retour d'expérience notamment de parents ayant vécus la plagiocéphalie de leur enfant et son accompagnement. Là encore, à consulter avec du recul, les parents vivant une PEC parfaite, sans inquiétude, une bonne évolution de la plagiocéphalie de leur enfant, vont-ils prendre le temps de mettre leurs avis ou retours d'expérience sur ces forums ? Il se peut que nous retrouvions essentiellement l'avis de parents déçus, mécontents ou ayant eu une PEC compliquée, mal vécue ou ne leur convenant pas.
- Le sondage réalisé par l'Ipsos en avril 2010 effectué pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) retrouvait que 64% des sujets interrogés ont recours à Internet pour s'informer en matière de santé.(55) Dans la thèse de P. Hamon, sur les 170 patients inclus, 75% recherchaient des informations médicales sur Internet. L'objectif principal des recherches était d'acquérir plus de connaissances sur une maladie ou un traitement pour 76% des patients, 41% des patients avaient pour objectif de lire des témoignages et 32% de mieux comprendre ce que leur avait dit le médecin. Les sites les plus consultés étaient les moteurs de recherche pour 91% des patients, ainsi que les sites généralistes pour 58% des patients. Les sites institutionnels et les encyclopédies en ligne pour 36% des répondants. La consultation des forums de discussion concernait 25% des patients. Pour 55% des patients, l'information médicale trouvée avait déjà été une source d'inquiétude.(56)

#### **4.2.4.3. Les difficultés rencontrées**

L'information a été dans certains cas, **difficilement comprise**, avec l'emploi de termes médicaux complexes pour les parents. Il est donc important d'adapter son discours médical aux parents. Le **contexte sanitaire** actuel a rendu l'information plus difficile d'accès dans une certaine mesure, il a été rapporté par une maman qu'il n'y avait pas de prospectus lors de sa grossesse et après son accouchement, dans les salles d'attente des professionnels rencontrés. Le confinement a, tout de même, retardé le diagnostic de plagiocéphalie d'un enfant dans notre étude, les parents n'ayant pas vu de médecin ou d'autre professionnel pendant cette période.

Il semblerait intéressant d'étudier l'impact du contexte sanitaire sur la prévention de bons nombres de pathologies ou sur le suivi médical.

#### **4.2.5. Attentes et besoins envers le médecin généraliste**

##### **4.2.5.1. Satisfaction de la prise en charge (PEC) dans sa globalité**

Certains parents ont été satisfaits de la prise en charge dans sa globalité, le diagnostic posé, les informations reçues et le déroulement du suivi, avec un diagnostic précoce dans certains cas.

Ils étaient très satisfaits de la prise en charge de leur médecin généraliste.

Si l'on se réfère au travail de thèse de C. Paris et L. Baulande, 69,1 % des parents déclaraient être satisfaits de la prise en charge de leur nourrisson, 43,3 % trouvaient l'accompagnement par les soignants adapté. Parmi les 30,9 % de parents insatisfaits, 86,7 % évoquaient un accompagnement des soignants non adapté, 23,3 % décrivaient un retard de prise en charge et 20,0 % l'absence de régression de la plagiocéphalie positionnelle.(47)

Dans la littérature, nous ne retrouvons pas d'étude évaluant la satisfaction globale de la prise en charge des nourrissons atteints de plagiocéphalie positionnelle.

#### **4.2.5.2. Plus de prévention, plus de pédagogie**

Les parents souhaiteraient que les professionnels fassent davantage de prévention, qu'ils aient des explications plus précises et qu'ils fassent preuve de plus de pédagogie. Ils souhaiteraient être aidés à prendre conscience du diagnostic, que nous prenions le temps de leur expliquer les causes et les conséquences de la plagiocéphalie, ainsi que l'accompagnement qui en découle. Ils veulent être écoutés et recevoir toutes les réponses à leurs questions.

L'étude de Lennartson et al. a démontré que les parents ayant eu des informations plus détaillées sur ces recommandations mettaient d'avantage en place ces moyens de prévention.(57)

#### **4.2.5.3. Uniformiser les discours et la prise en charge (PEC)**

Nous retrouvons une **inégalité des discours** délivrés par les professionnels, une information qui peut être insuffisante voire absente, des informations contradictoires avec une PEC hétérogène selon les médecins et les professionnels paramédicaux. Une plagiocéphalie peut être décelée à l'examen sans qu'une PEC ne soit proposée derrière, le fameux « ça se remettra tout seul » avec le temps et la croissance. Les parents constatent un intérêt variable selon les professionnels soit par manque de temps, soit par méconnaissance de la plagiocéphalie.

Dans la thèse de M. Balzan, 77% des médecins interrogés déclarent n'avoir jamais reçu de formation initiale ou continue sur la plagiocéphalie positionnelle. Dans les freins évoqués par les MG pour la prévention de la plagiocéphalie positionnelle, seulement 11.8% d'entre eux évoquent le manque de temps lors de la consultation.(58)

Cette inégalité des discours peut entraîner un **sentiment d'abandon** face à la plagiocéphalie, les parents ne sachant pas vers qui s'orienter, ce qui peut ainsi engendrer une errance des parents dans le parcours de soins. D'après le travail de thèse de C. Paris et L. Baulande, 23,3 % des parents se sont sentis isolés pour trouver des solutions et 24,3 % se sont sentis incompris ou peu écoutés par les soignants.(47)

#### **4.2.6. Représentations de l'information à délivrer aux parents pour prévenir la plagiocéphalie**

##### **4.2.6.1. À quel moment ?**

- **Avant la naissance** dans un premier temps, pendant la grossesse par les professionnels qui suivent la grossesse, lors des cours de préparation à la naissance par exemple.
- Également **après la naissance**, à la maternité, dans les suites de couche, lors de l'examen de sortie par le pédiatre ou encore lors des consultations de suivi sur les premières semaines et premiers mois de vie.

- L'idée d'un **intervalle libre après la naissance** pour apporter cette information permet d'avoir un peu plus de recul et d'être plus réceptif aux conseils d'après certains parents. Ils avancent le fait qu'à la maternité, la transmission de l'information est difficile due au manque de disponibilité de la mère (douleur post-partum, fatigue...), la quantité importante d'informations reçues et une durée de séjour limitée. Ils reçoivent énormément d'informations, le moment est donc à bien choisir.

#### 4.2.6.2. Sous quelle forme délivrer l'information ?

L'information pourrait déjà être délivrée sous la forme **orale** lors du suivi. Mais également sous forme **écrite** avec plusieurs propositions : sous forme de flyer, de prospectus ou sous la forme d'un dépliant. L'information peut être intégrée dans le carnet de santé, celui-ci étant très consulté par les parents. Sous forme d'affiche également, dans les salles d'attente des professionnels.

Dans la thèse d'A. Tamalet, 96% des parents souhaiteraient un support écrit sur les mesures de prévention de la plagiocéphalie. Le carnet de santé est le support le plus adapté pour 72% d'entre eux, pendant que 91% d'entre eux pensent que cette information devrait être reformulée par un professionnel de santé.(46)

Dans notre étude, les parents estimaient que l'information qui serait à la fois délivrée oralement et sous la forme écrite serait plus percutante et aurait un meilleur impact sur la prévention.

#### 4.2.6.3. Conseils à délivrer

Le premier conseil, cité à de nombreuses reprises est d'**observer son bébé**, sa position et notamment s'il a un côté préférentiel.

Les conseils de prévention de la plagiocéphalie sont perçus comme étant du même niveau que les conseils d'hygiène de vie et conseils pour prévenir la mort inattendue du nourrisson.

### 4.3. Perspectives

- Dans le but d'**uniformiser les discours et la prise en charge**, il serait judicieux d'améliorer la formation des professionnels à la prévention et à l'accompagnement de la plagiocéphalie, que les kinésithérapeutes se forment à la kinésithérapie pédiatrique, les ostéopathes à l'ostéopathie pédiatrique, mais aussi d'intégrer une formation sur la plagiocéphalie au cursus universitaire des médecins, lors de cours magistraux par exemple ou bien lors de formations médicales continues.
- Nous pourrions également proposer un **dépistage systématique** de la plagiocéphalie en intégrant l'examen du crâne à l'examen du nouveau-né, lors des visites régulières chez le médecin ou le pédiatre, et ce dès la sortie de la maternité.
- Toutes ces thèses abordées dans notre discussion ont été menées avant la parution des recommandations datant de mars 2020 de la Haute Autorité de Santé, il serait intéressant suite à ces recommandations de refaire une étude quantitative pour évaluer de nouveau les connaissances de la plagiocéphalie aussi bien du MG que des parents, afin d'étudier l'impact de ces recommandations.

- L'objectif secondaire de notre étude était d'élaborer une fiche-conseil à destination des parents et à l'usage des médecins, dans le but d'améliorer la prévention de la plagiocéphalie et d'optimiser l'accompagnement des parents. Il était prévu au début de notre étude, d'intégrer cette fiche dans le carnet de santé pour accroître la visibilité auprès des parents mais également des médecins. Entre temps, l'AKPB (Association de Kinésithérapie Pédiatrique Bretonne) a produit une plaquette d'information qui sera intégrée prochainement aux carnets de santé en partenariat avec le conseil départemental d'Ille-et-Vilaine (*Annexe 4*).

Suite à l'ensemble des entretiens menés, aux attentes réunies des parents, la majorité des parents était favorable à une forme écrite sous forme d'un flyer ou d'un dépliant, avec les principaux conseils de prévention, ainsi que des images pour illustrer ces conseils de prévention de la plagiocéphalie. Nous avons élaboré une proposition de fiche-conseil en collaboration avec un dessinateur, fiche que vous trouverez en annexe (*Annexe 5*).

- Nous pourrions mettre à disposition du patient notre fiche-conseil ou bien celle de l'AKPB dans les salles d'attente des professionnels de santé en contact avec l'enfant. De même que des affiches, qui permettraient d'accroître la visibilité de la plagiocéphalie et par conséquent sa prévention.

## 5. CONCLUSION

L'objectif principal de notre étude était d'étudier le vécu parental de nourrissons de moins de 12 mois atteints de plagiocéphalie, ainsi que leurs représentations, leurs attentes et leurs besoins quant à la prévention.

La plupart des parents sont satisfaits du parcours de soins de leurs nourrissons atteints de plagiocéphalie positionnelle. Des faiblesses ont néanmoins été soulevées, dont un retard ou une absence de diagnostic, associés à une prise en charge tardive, qui est source de culpabilité pour les parents. Cette situation est également anxiogène pour les parents qui s'interrogent sur l'avenir. Il y a un manque évident de prévention, et les prises en charge (médicale et paramédicale) sont hétérogènes.

Le vécu de la plagiocéphalie est associé à de nombreuses difficultés. L'annonce du diagnostic est parfois difficile : certains parents le vivent comme une déception ou adoptent des réactions de défense, comme le déni. Nous retrouvons également, dans certains cas, une compréhension difficile, ainsi que des difficultés dans l'accompagnement de la plagiocéphalie avec un sentiment d'abandon face à l'absence d'orientation, pouvant être à l'origine d'une errance dans le parcours de soins.

Le manque de prévention auprès des parents est imputable au manque de connaissances et au manque d'intérêt des professionnels de santé, ne permettant pas une prévention efficace. L'uniformisation du discours médical et paramédical, ainsi que l'harmonisation des pratiques entre les différents soignants, permettront une meilleure coordination des soins, et surtout l'amélioration et l'optimisation de l'accompagnement et du suivi. Les parents ont le besoin d'être rassurés et d'être accompagnés : ils ressentent le besoin d'avoir toutes les réponses à leurs questions, en leur permettant d'être sereins face à la plagiocéphalie de leur enfant et à son devenir. Ils attendent ainsi, de la part du personnel soignant, un plan de soin défini avec un bilan complet, une orientation optimale et un suivi à moyen et long terme. Ceci doit se faire dans une approche centrée sur une attitude empathique, une écoute et une attitude rassurante.

La prévention de la plagiocéphalie repose sur des conseils de repositionnement, mis en place de manière précoce pour une efficacité optimale, associés aux thérapies manuelles prenant une place centrale dans cette prise en charge. Ces conseils sont facilement applicables, et ne remettent pas en question ceux de la mort inattendue du nourrisson. La thérapie de repositionnement, associée à la kinésithérapie, est l'intervention de choix (la Haute Autorité de Santé considérant l'approche ostéopathique en deuxième intention).

L'éducation parentale précoce est la clé de la prévention et du traitement de la plagiocéphalie. Pour ce faire, l'information pourrait être donnée oralement et par écrit, avec l'introduction de recommandations dans le carnet de santé ou la création d'un support papier. L'information se doit d'être

adaptée aux familles. Elle pourrait être apportée à différents moments, par les différents professionnels de santé orientés dans la prise en charge de l'enfant.

L'objectif secondaire de notre étude était d'élaborer une fiche-conseil à destination des parents, et à l'usage des médecins généralistes. Les parents estimaient que l'information, qui serait à la fois délivrée oralement et sous la forme écrite, serait plus percutante et aurait un meilleur impact sur la prévention. Cette plaquette regroupe les principaux conseils de prévention ainsi que des images pour illustrer ces conseils, dans le but d'améliorer la prévention de la plagiocéphalie, et d'optimiser l'accompagnement des parents. Lors de notre étude, l'AKPB a produit une plaquette d'information qui sera intégrée prochainement aux carnets de santé, en partenariat avec le conseil départemental d'Ille-et-Vilaine.

Notre étude montre l'importance de l'accompagnement initial dans la satisfaction parentale, associée à la qualité de l'information délivrée.

## 6. BIBLIOGRAPHIE

1. Ostéopathie crânienne [Internet]. [cité 27 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.lesrel-osteoparis19.com/accueil/population/osteopathie-cranienne.html>
2. Cavalier A, Picaud J-C. Prévention de la plagiocéphalie posturale. Archives de Pédiatrie. juin 2008;15:S20- 3.
3. HAS. Collège de la Haute Autorité de Santé (HAS). Prévention des déformations crâniennes positionnelles et mort inattendue du nourrisson. 2020 mars p. 163.
4. Paris CA, Remler R, Daling JR. Risk factors for sudden infant death syndrome: Changes associated with sleep position recommendations. The Journal of Pediatrics. 1 déc 2001;139(6):771- 7.
5. Kalra R, Walker ML. Posterior plagiocephaly. Childs Nerv Syst. sept 2012;28(9):1389- 93.
6. Bialocerkowski AE, Vladusic SL, Wei Ng C. Prevalence, risk factors, and natural history of positional plagiocephaly: a systematic review. Developmental Medicine & Child Neurology. 1 août 2008;50(8):577- 86.
7. Hutchison BL, Hutchison LAD, Thompson JMD, Mitchell EA. Plagiocephaly and Brachycephaly in the First Two Years of Life: A Prospective Cohort Study. Pediatrics. 1 oct 2004;114(4):970- 80.
8. Hutchison BL, Thompson JMD, Mitchell EA. Determinants of Nonsynostotic Plagiocephaly: A Case-Control Study. Pediatrics. 1 oct 2003;112(4):e316- e316.
9. Peitsch WK, Keefer CH, LaBrie RA, Mulliken JB. Incidence of Cranial Asymmetry in Healthy Newborns. Pediatrics. 1 déc 2002;110(6):e72- e72.
10. Looman WS, Flannery ABK. Evidence-Based Care of the Child With Deformational Plagiocephaly, Part I: Assessment and Diagnosis. Journal of Pediatric Health Care. 1 juill 2012;26(4):242- 50.
11. Vlimmeren LA van, Graaf Y van der, 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. 1 févr 2007;119(2):e408- 18.
12. Pogliani L, Mameli C, Fabiano V, Zuccotti GV. Positional plagiocephaly: what the pediatrician needs to know. A review. Childs Nerv Syst. 26 mai 2011;27(11):1867.
13. Lennartsson F. Developing Guidelines for Child Health Care Nurses to Prevent Nonsynostotic Plagiocephaly: Searching for the Evidence. Journal of Pediatric Nursing. 1 août 2011;26(4):348- 58.
14. Kane AA, Mitchell L, Craven KP, Marsh J. Observations on a recent increase in plagiocephaly without synostosis. Pediatrics. 1 juill 1996;97:877- 85.
15. Littlefield TR, Kelly KM, Pomatto JK, Beals SP. Multiple-Birth Infants at Higher Risk for Development of Deformational Plagiocephaly: II. Is One Twin at Greater Risk? Pediatrics. 1 janv 2002;109(1):19- 25.
16. Joganic JL, Lynch JM, Littlefield TR, Verrelli BC. Risk Factors Associated With Deformational Plagiocephaly. Pediatrics. 1 déc 2009;124(6):e1126- 33.
17. Vernet O, de Ribaupierre S, Cavin B, Rilliet B. Traitement des plagiocéphalies postérieures d'origine positionnelle. Archives de Pédiatrie. 1 déc 2008;15(12):1829- 33.

18. Losee JE, Mason AC, Dudas J, Hua LB, Mooney MP. Nonsynostotic Occipital Plagiocephaly: Factors Impacting Onset, Treatment, and Outcomes. *Plastic and Reconstructive Surgery*. mai 2007;119(6):1866- 73.
19. Kolar JC, Salter EM. Preoperative anthropometric dysmorphology in metopic synostosis. *American Journal of Physical Anthropology*. 1997;103(3):341- 51.
20. Glasgow TS, Siddiqi F, Hoff C, Young PC. Deformational Plagiocephaly: Development of an Objective Measure and Determination of its Prevalence in Primary Care. *Journal of Craniofacial Surgery*. janv 2007;18(1):85- 92.
21. Mottolese C, Szathmari A, Ricci AC, Ginguene C, Simon E, Paulus C. Plagiocéphalies positionnelles : place de l'orthèse crânienne. *Neurochirurgie*. 1 juin 2006;52(2, Part 2):184- 94.
22. Argenta L. Clinical Classification of Positional Plagiocephaly. *Journal of Craniofacial Surgery*. mai 2004;15(3):368- 72.
23. Hutchison BL, Hutchison LAD, Thompson JMD, Mitchell EA. Quantification of Plagiocephaly and Brachycephaly in Infants Using a Digital Photographic Technique. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 1 sept 2005;42(5):539- 47.
24. Hutchison BL, Stewart AW, Chalain TBD, Mitchell EA. A randomized controlled trial of positioning treatments in infants with positional head shape deformities. *Acta Paediatrica*. 2010;99(10):1556- 60.
25. van Vlimmeren LA, Takken T, van Adrichem LNA, van der Graaf Y, Helders PJM, Engelbert RHH. Plagiocephalometry: a non-invasive method to quantify asymmetry of the skull; a reliability study. *Eur J Pediatr*. 1 mars 2006;165(3):149- 57.
26. Collett BR, Starr JR, Kartin D, Heike CL, Berg J, Cunningham ML, et al. Development in Toddlers With and Without Deformational Plagiocephaly. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 1 juill 2011;165(7):653- 8.
27. 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 Invest*. 1 déc 2016;20(9):2395- 401.
28. Siatkowski RM, Fortney AC, Nazir SA, Cannon SL, Panchal J, Francel P, et al. Visual Field Defects in Deformational Posterior Plagiocephaly. *Journal of American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus {JAAPOS}*. 1 juin 2005;9(3):274- 8.
29. Purzycki A, Thompson E, Argenta L, David L. Incidence of Otitis Media in Children With Deformational Plagiocephaly. *Journal of Craniofacial Surgery*. sept 2009;20(5):1407- 11.
30. Balan P, Kushnerenko E, Sahlin P, Huotilainen M, Näätänen R, Hukki J. Auditory ERPs Reveal Brain Dysfunction in Infants With Plagiocephaly. *Journal of Craniofacial Surgery*. août 2002;13(4):520- 5.
31. Saccucci M, Tettamanti L, Mummolo S, Polimeni A, Festa F, Salini V, et al. Scoliosis and dental occlusion: a review of the literature. *Scoliosis*. 29 juill 2011;6(1):15.
32. McMaster M. Infantile idiopathic scoliosis: can it be prevented? *The Journal of Bone and Joint Surgery British volume*. 1 nov 1983;65-B(5):612- 7.
33. Boere-Boonekamp MM, Linden-Kuiper LT van der. Positional Preference: Prevalence in Infants and Follow-Up After Two Years. *Pediatrics*. 1 févr 2001;107(2):339- 43.
34. Pikler E. Some Contributions to the Study of the Gross Motor Development of Children. *The Journal of Genetic Psychology*. 1 sept 1968;113(1):27- 39.
35. Flannery AM, Tamber MS, Mazzola C, Klimo P Jr, Baird LC, Tyagi R, et al. Congress of Neurological Surgeons Systematic Review and Evidence-Based Guidelines for the

Management of Patients with Positional Plagiocephaly: Executive Summary. *Neurosurgery*. 1 nov 2016;79(5):623- 4.

36. Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie - Légifrance [Internet]. [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000462001/2020-10-20/>
37. Statuts – Seropp – Ostéopathie Périnatale & Pédiatrique [Internet]. [cité 29 mai 2021]. Disponible sur: <https://seropp.org/statut/>
38. Barry C, Falissard B. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. *INSERM*. 2012;194.
39. Xia JJ, Kennedy KA, Teichgraeber JF, Wu KQ, Baumgartner JB, Gateno J. Nonsurgical Treatment of Deformational Plagiocephaly: A Systematic Review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1 août 2008;162(8):719.
40. Wijk RM van, Vlimmeren LA van, Groothuis-Oudshoorn CGM, Ploeg CPBV der, IJzerman MJ, Boere-Boonekamp MM. Helmet therapy in infants with positional skull deformation: randomised controlled trial. *BMJ*. 1 mai 2014;348:g2741.
41. Cummings C, Société canadienne de pédiatrie, Comité de la pédiatrie communautaire. La plagiocéphalie positionnelle. *Paediatrics & Child Health*. 1 oct 2011;16(8):495- 6.
42. Turk AE, McCarthy JG, Thorne CH, Wisoff JH. The « back to sleep campaign » and deformational plagiocephaly: is there cause for concern? *J Craniofac Surg*. janv 1996;7(1):12- 8.
43. Stefani S, Drigo P, Faggin R, Laverda AM. Occipital Plagiocephaly: A Study of 64 Cases. *Rivista di Neuroradiologia* [Internet]. 27 août 2016 [cité 27 nov 2020]; Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/197140090501800305>
44. [saisine\\_le\\_lien\\_plagiocephalie.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-07/dir33/saisine_le_lien_plagiocephalie.pdf) [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-07/dir33/saisine\\_le\\_lien\\_plagiocephalie.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-07/dir33/saisine_le_lien_plagiocephalie.pdf)
45. Bertacchini Y. Petit Guide à l'usage de l'Apprenti-Chercheur en Sciences Humaines & Sociales. 15 oct 2009;
46. Tamalet A. Prévention de la plagiocéphalie positionnelle. Etude descriptive quantitative auprès des jeunes parents de Haute Garonne [Internet] [thèse d'exercice DES de médecine générale]. [Rangeuil]: Toulouse; 2016. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1179/1/2016TOU31010.pdf>
47. Baulande, L. Paris C. Evaluation de la satisfaction des parents concernant le parcours de soins des nourrissons atteints de plagiocéphalie positionnelle en Bretagne. [thèse d'exercice DES de médecine générale]. [Rennes]: Université de Rennes; 2020.
48. Lajeunie E, Merrer ML, Bonaïti-Pellie C, Marchac D, Renier D. Genetic study of nonsyndromic coronal craniosynostosis. *American Journal of Medical Genetics*. 1995;55(4):500- 4.
49. Boulet SL, Rasmussen SA, Honein MA. A population-based study of craniosynostosis in metropolitan Atlanta, 1989–2003. *Am J Med Genet*. 15 avr 2008;146A(8):984- 91.
50. Filisetti M, Cattarelli D, Bonomi S. Positional plagiocephaly from structure to function: Clinical experience of the service of pediatric osteopathy in Italy. *Early Human Development*. 1 juill 2020;146:105028.
51. Rosselot F. Les parents face à la plagiocéphalie: analyse qualitative des représentations, du vécu et des attentes envers leur médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [Montpellier]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2019.

52. Borgne P. La plagiocéphalie postérieure d'origine positionnelle: évaluation des pratiques en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Rouen]: université de Rouen; 2014.
53. 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*. 1 sept 2015;174(9):1197- 208.
54. Amiel-Tison C, Soyez-Papiernik E. Place de l'ostéopathie dans la correction des déformations crâniennes du nouveau-né et du jeune enfant. *Archives de Pédiatrie*. 1 juin 2008;15:S24- 30.
55. Internet ne remplace pas encore le médecin [Internet]. Ipsos. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/internet-ne-remplace-pas-encore-le-medecin>
56. Hamon, P. Recherche d'informations médicales sur Internet : besoins et attentes des patients [Internet] [thèse d'exercice DES de médecine générale]. [Rennes]: Université de Rennes; 2016. Disponible sur: <https://syntheses.univ-rennes1.fr/search-theses/notice.html?id=rennes1-ori-wf-1-8745&printable=true>
57. Lennartsson F, Nordin P, Wennergren G. Teaching Parents How to Prevent Acquired Cranial Asymmetry in Infants. *Journal of Pediatric Nursing*. 1 juill 2016;31(4):e252- 61.
58. Balzan M. La plagiocéphalie postérieure positionnelle : prévention par les médecins généralistes de Midi Pyrénées [Thèse d'exercice]. [Toulouse]: université de Toulouse III : Paul Sabatier; 2017.

## 7. ABRÉVIATIONS

HAS	Haute Autorité de Santé
MIN	Mort Inattendue du Nourrisson
DCP	Déformation Crânienne Positionnelle
PP	Plagiocéphalie Positionnelle
PEC	Prise En Charge
CI	Cephalic Index : index céphalique
TDD	Transcranial Diameter Difference (différence trans-diagonale)
HTIC	HyperTension Intra-Crânienne
SEROPP	Société Européenne de Recherche en Ostéopathie Périnatale et Pédiatrique
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
PMI	Protection Maternelle Infantile

## 8. ANNEXES

### ***Annexe 1 : Guide d'entretien***

#### **Guide d'entretien**

Je m'appelle Fatima TINMIOULI, médecin généraliste, mon travail de thèse porte sur la prise en charge de la plagiocéphalie positionnelle des nourrissons pendant leur première année de vie.

L'objectif est d'étudier : le vécu des parents, son accompagnement, les attentes et besoins quant à sa prévention.

Cet entretien est enregistré avec un dictaphone et sera fidèlement retranscrit (mot pour mot) par mes soins.

Par ailleurs, l'anonymat sera respecté.

Avez-vous des questions avant de débiter l'entretien ?

#### **Thème 1 : grossesse et accouchement**

Question 1 : Comment s'était déroulée votre grossesse ?

Question 2 : Comment s'est passé l'accouchement ? (Voie basse ? Césarienne ? Instrumentale ou non ? Durée du travail en salle d'accouchement ?)

#### **Thème 2 : connaissances de la plagiocéphalie**

Question 3 : Que représente pour vous la plagiocéphalie ? Comment l'expliqueriez-vous ?

Que savez-vous des causes et des conséquences de la plagiocéphalie ?

Quelle place prend-elle dans votre vie ? Comment imagineriez-vous son accompagnement ?

#### **Thème 3 : place des soignants et prise en charge de la plagiocéphalie**

Question 4 : Comment le diagnostic de plagiocéphalie a-t-il été posé ?

Comment avez-vous vécu ce diagnostic ? Qu'est-ce que cela a induit en vous ?

Question 5 : Quelle a été la prise en charge de la plagiocéphalie de votre enfant ? Qu'est-ce qui a été fait ? Aujourd'hui, comment s'est ?

Quels professionnels médicaux et paramédicaux avez-vous consulté ? Quels ont été les conseils et soins prodigués ?

#### **Thème 4 : prévention**

Question 6 : Que pouvez-vous me dire sur les conseils de prévention de la plagiocéphalie ?

Quels ont été les conseils que vous avez reçus et par quels professionnels de santé ?

Quelles ont été les difficultés à la réalisation de ces moyens de prévention ?

Question 7 : En tant que parent, quels seraient vos besoins pour prévenir au mieux la plagiocéphalie ?  
Quelles sont vos attentes envers votre médecin généraliste ?

Relance : Comment pourrait-on améliorer l'accompagnement de la plagiocéphalie par le médecin généraliste ?

Question 8 : Quelles sources d'informations complémentaires avez-vous consultées ? (Entourage ?  
Autres parents ? Internet ?)

Selon vous, comment les parents devraient-ils être informés ? Quel moment vous semble le plus approprié pour les informer ?

Si vous deviez imaginer un support d'information, comment serait-il ? Comment le visualisez-vous ?

Relance : Quels supports d'informations vous semblent les plus appropriés ?

Que pourrait-on améliorer en termes de qualité et de quantité d'informations ?

### **Caractéristiques de l'échantillon :**

➤ *Pouvez-vous me donner quelques éléments sur vous :*

Sexe ?

Votre âge ?

Votre situation familiale ?

Votre métier ?

Votre lieu de résidence ?

➤ *Concernant votre enfant :*

Sexe ?

Son âge ?

Est-ce votre premier enfant ? Sinon quelle est sa place dans la fratrie ? (Autre enfant dans la fratrie ayant eu une plagiocéphalie ?)

Suivi de votre enfant ? (Médecin généraliste ? Pédiatre ? Les deux ?)

Suivi régulier ? À quelle fréquence ?

Terme à la naissance ?

Méthode d'alimentation ? (Allaitement maternel ? Artificiel ? Mixte ?)

Mode de garde de votre enfant ?

Petite surprise finale :

L'objectif secondaire de mon travail est d'élaborer une fiche d'informations et de conseils de prévention de la plagiocéphalie destinée aux parents, à l'usage des médecins. Cette fiche sera produite en nous basant sur l'ensemble des entretiens menés, c'est-à-dire sur vos attentes et vos besoins.

Je vous remercie de votre participation. Si vous le souhaitez, il est possible de vous faire parvenir un retour des résultats de cette étude, ainsi que la fiche-conseil élaborée.

## **Annexe 2 : Fiche d'information et de consentement**

### **FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

#### **N° d'identification du participant :**

**Titre du projet :** La plagiocéphalie positionnelle postérieure en médecine générale : étude qualitative des besoins et attentes des parents. Élaboration d'une fiche-conseil destinée aux parents, à l'usage des médecins.

L'objectif de ce projet est de recueillir votre vécu, ainsi que votre ressenti quant à la prise en charge de la plagiocéphalie de votre enfant en médecine générale depuis la recommandation de la HAS de mars 2020, et de déterminer vos besoins et vos attentes quant à la prévention, afin d'optimiser la prise en charge de la plagiocéphalie en médecine générale.

#### **Déroulement de l'entretien :**

Vous participerez à un entretien individuel, qui sera réalisé par l'investigateur suivant vos disponibilités, dans les locaux de votre choix : votre domicile, le cabinet de votre médecin (ou même par visioconférence selon les possibilités dues à la crise sanitaire).

Il sera enregistré de façon anonyme.

Pendant cet entretien, on vous posera des questions concernant  *votre vécu, votre ressenti quant à la prise en charge, à la prévention de la plagiocéphalie de votre enfant.*

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui seront prodigués à votre enfant.

#### **Comment sera traitée l'information recueillie ? / Confidentialité**

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par l'investigateur et permettra d'en sortir les grandes thématiques.

Par ailleurs, les résultats de cette recherche pourront être publiés ou communiqués mais aucune information pouvant vous identifier ne sera alors dévoilée.

Les enregistrements seront détruits à la fin du travail de thèse.

### Consentement

Je soussigné(e) .....(nom et prénom)

parent ayant l'autorité sur l'enfant ..... (nom et prénom)

### Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature du participant

Signature de l'investigateur

Date

Date

Nom

Nom

**Annexe 3 : Avis du comité d'éthique**



COMITE D'ETHIQUE DU CHU

Dr Vincent MOREL  
Praticien Hospitalier  
☎ 02 99 87 35 53  
Fax 02 99 87 35 54  
[comite.ethique@chu-rennes.fr](mailto:comite.ethique@chu-rennes.fr)

Docteur TINMIOULI Fatima

Avis n° 20.175

Rennes, le 08.01.21

Chère Consœur,

Après étude du projet de recherche

**« La plagiocéphalie positionnelle postérieure en médecine générale :  
étude qualitative des besoins et attentes des parents.  
Élaboration d'une fiche-conseil destinée aux parents à l'usage des médecins. »**

Le comité d'éthique du CHU de Rennes estime que ce projet de recherche ne contrevient pas à l'éthique médicale.

Cet avis du comité d'éthique a été émis à l'unanimité de ses membres présents.

En vous souhaitant bonne réception.

Veillez agréer, Chère Consœur, l'expression de ma considération la meilleure.

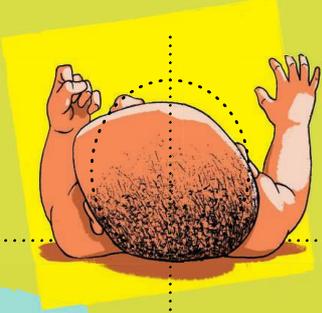
Pour le comité d'éthique  
Vincent MOREL

### Annexe 4 : Plaquette d'information de l'AKPB (Association de Kinésithérapie Pédiatrique Bretonne)

**SI LA TÊTE DE VOTRE BÉBÉ S'APLATIT OU SI VOUS N'ARRIVEZ PAS À SUIVRE CES CONSEILS, DEMANDEZ DE L'AIDE**

Votre médecin traitant, pédiatre ou votre service de Protection maternelle infantile peuvent vous aider.

Ils peuvent aussi vous orienter vers un kinésithérapeute formé pour soigner votre bébé.



**IL EST IMPORTANT DE NE PAS ATTENDRE POUR DEMANDER UN AVIS.**

**POUR EN SAVOIR PLUS**

**Comment trouver le professionnel le plus proche de chez vous ?**  
 Contactez l'association AKPB  
 contact@akpb.fr  
 www.akpb35.com

**Comment trouver votre service de Protection maternelle infantile ?**  
 Le Département compte 22 services de Protection maternelle infantile. Vous pouvez trouver le plus proche de chez vous sur [www.ille-et-vilaine.fr/pmi](http://www.ille-et-vilaine.fr/pmi) ou en contactant le service Info sociale en ligne ou **0 800 95 35 45** (Numéro vert : appel gratuit)

Logo: **Ille & Vilaine LE DÉPARTEMENT**  
 Département d'Ille-et-Vilaine  
 Direction de la communication  
 1, avenue de la Préfecture  
 35042 Rennes Cedex

Logo: **Association de kinésithérapie pédiatrique bretonne**  
 contact@akpb.fr  
[www.ille-et-vilaine.fr](http://www.ille-et-vilaine.fr)  
[www.akpb35.com](http://www.akpb35.com)

**La tête plate comment l'éviter ?**



**Ille-et-Vilaine, la vie à taille humaine**

Votre bébé regarde toujours du même côté ou dirige souvent sa tête vers l'arrière ? Une déformation de sa tête peut s'installer. Cela ne se résout pas toujours tout seul. Voici quelques conseils.

**COMMENT INSTALLER VOTRE BÉBÉ ?**

Sur les temps d'éveil, variez les positions au sol sur un tapis ferme dès la naissance.

**✓ SUR LE DOS**  
 avec ses jeux posés au sol, bébé tourne la tête !  
 Pour faire dodo, bébé reste sur le dos !

**✓ SUR LE CÔTÉ**  
 pour l'aider à se détendre, se regrouper et jouer.  
 Gardez le cosy pour la voiture, sortez la nacelle pour les balades.

**✓ SUR LE VENTRE**  
 selon la tolérance du bébé !



**LES BONS RÉFLEXES AU QUOTIDIEN.**

Porter son bébé ne le rend pas capricieux.

Le biberon c'est comme la tétée...  
 ...changez de bras régulièrement.

Pour le change, passez par le côté.

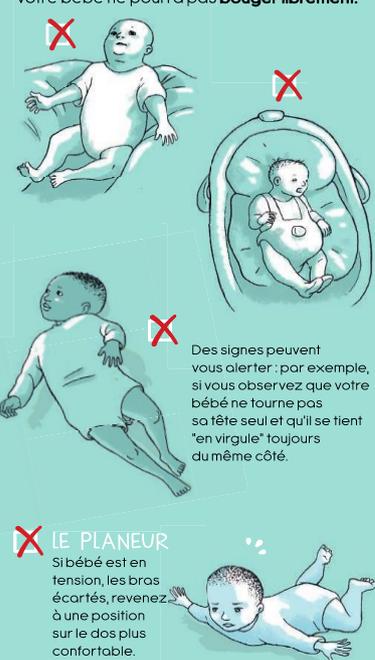


**QUELLES POSITIONS ÉVITER ?**

Bloqué assis ou dans le transat votre bébé ne pourra pas bouger librement.

Des signes peuvent vous alerter : par exemple, si vous observez que votre bébé ne tourne pas sa tête seul et qu'il se tient "en virgule" toujours du même côté.

**✗ LE PLANEUR**  
 Si bébé est en tension, les bras écartés, revenez à une position sur le dos plus confortable.



## Annexe 5 : Fiche-conseil plagiocéphalie (recto et verso)

- Votre bébé a un côté préférentiel, il regarde toujours du même côté.
- Votre bébé prend une mauvaise position: en virgule, hypertendu ou la tête souvent en arrière.
- Votre bébé présente un début d'aplatissement de la tête.



### La plagiocéphalie ou « tête plate »

Protégez votre bébé

#### Contacts utiles



Si vous cochez l'une de ces cases, n'attendez pas !

Parlez-en à votre professionnel de santé.



Une déformation de la tête de votre bébé peut survenir dans les premiers mois de vie. Adoptez rapidement les bons gestes afin de l'éviter.

### Conseils de prévention



Évitez de laisser trop longtemps votre enfant dans la coque de transport ou le transat

Certains matériaux de contention sont inutiles et dangereux



Variez les postures de votre enfant



Favorisez la position sur le ventre pendant les temps d'éveils, sous surveillance permanente

Laissez votre enfant libre de ses mouvements



Des positions peuvent vous alerter, si votre enfant prend une position "en virgule" par exemple, toujours du même côté et ne tourne pas sa tête



Altermuez les côtés et la position de la tête



Lors du biberon



Pendant le sommeil

## **Annexe 6 : Serment d'Hippocrate**

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

U.F.R. DE MEDECINE DE RENNES		N° 40-2021-
<p><b>TINMIOULI, Fatima - La plagiocéphalie positionnelle postérieure en médecine générale : étude qualitative des besoins et attentes des parents. Élaboration d'une fiche-conseil destinée aux parents, à l'usage des médecins.</b></p> <p>100 feuilles, 7 illustrations, 4 tableaux. 30 cm. - Thèse : Médecine ; Rennes 1 ; 2021 ; N°</p>		
<p><b>Introduction</b> : L'incidence de la plagiocéphalie positionnelle postérieure a connu une forte augmentation depuis la campagne de prévention de la mort subite du nourrisson en 1992, préconisant le couchage des nourrissons en décubitus dorsal strict. La HAS (Haute Autorité de Santé) a publié des recommandations en mars 2020 regroupant la prévention de la MIN (Mort Inattendue du Nourrisson) ainsi que la prévention des déformations crâniennes positionnelles.</p> <p><b>Objectifs</b> : L'objectif principal de notre étude était d'étudier le vécu parental de nourrissons atteints de plagiocéphalie positionnelle, ainsi que leurs représentations, leurs attentes et leurs besoins quant à la prévention de la plagiocéphalie en médecine générale. L'objectif secondaire était d'élaborer une fiche-conseil à destination des parents, à l'usage des médecins généralistes.</p> <p><b>Méthode</b> : Nous avons réalisé une étude qualitative, à l'aide d'entretiens semi-dirigés auprès de parents de nourrissons de moins de 12 mois présentant ou ayant présentés une plagiocéphalie positionnelle postérieure, en Ille-et-Vilaine. L'échantillonnage était raisonné, les entretiens étaient anonymes, enregistrés et retranscrits intégralement. L'analyse des verbatims était inductive.</p> <p><b>Résultats</b> : Dix-huit entretiens ont été réalisés et ont permis de mettre en évidence les représentations et attentes des parents quant à la prévention de la plagiocéphalie en médecine générale. La saturation des données a été obtenue. Les représentations des parents sont polymorphes, le diagnostic chez certains parents est difficile, leur perception des causes et des conséquences de la plagiocéphalie est hétérogène. Une majorité des parents a intégré que la plagiocéphalie dans sa globalité, est une pathologie bénigne. Les difficultés rencontrées par les parents sont nombreuses : le retard diagnostique est une source d'angoisse et de culpabilité, avec des inquiétudes face à cette prise en charge tardive qui pourrait engendrer des séquelles, le manque d'information et les discours contradictoires sont récurrents, les prises en charge médicales et paramédicales sont hétérogènes, ainsi qu'un sentiment d'abandon face à l'absence d'orientation et de suivi a été soulevé.</p> <p><b>Conclusion</b> : D'après notre étude, l'optimisation de la prise en charge passerait tout d'abord par une meilleure prévention, avec une information orale et écrite, adaptée aux parents. L'information délivrée à la fois oralement et sous la forme écrite serait plus percutante et aurait un meilleur impact sur la prévention. Ils souhaiteraient une harmonisation des discours et des prises en charge, une meilleure orientation dans le parcours de soins, vers des professionnels de santé qualifiés en pédiatrie et compétents vis-à-vis de la plagiocéphalie, ainsi qu'un accompagnement et un suivi à moyen et long terme. Les parents souhaiteraient également que les professionnels de santé fassent davantage de prévention et qu'ils fassent preuve de plus de pédagogie, en adoptant une attitude empathique, une écoute ainsi qu'une réassurance. Notre étude montre l'importance de l'accompagnement initial dans la satisfaction parentale, associée à la qualité de l'information délivrée. Suite à l'ensemble des entretiens menés, aux attentes réunies des parents, la majorité des parents était favorable à une forme écrite avec l'introduction de recommandations dans le carnet de santé ou la création d'un support papier. Nous avons élaboré une proposition de fiche-conseil en collaboration avec un dessinateur, qui pourra être délivrée par les médecins généralistes aux parents.</p>		
Rubrique de classement :	Médecine générale	
Mots-clés :	Plagiocéphalie positionnelle / médecine générale / prévention / représentations / attentes	
Mots-clés anglais MeSH :	Positional plagiocephaly / general medicine / prevention / representations / expectations	
JURY :	Président : Professeur VIOLAS Philippe	
	Assesseurs : Docteur BEUNEUX Frédéric [directeur de thèse] Docteur JAILLARD Sylvie Docteur BASTIAN Benjamin	