

# **Perception et ressenti des médecins généralistes sur les déformations crâniennes positionnelles du nourrisson à travers la recommandation HAS de 2020**

**Étude qualitative menée dans l'agglomération de Pau**

Présentation dans le cadre de la Société médicale du Béarn

BOURLLOT Sébastien et MIDONNET Axel,  
Thèse dirigée par Dr GUERIN Bénédicte



# I - Introduction



# 1) La déformation crânienne positionnelle

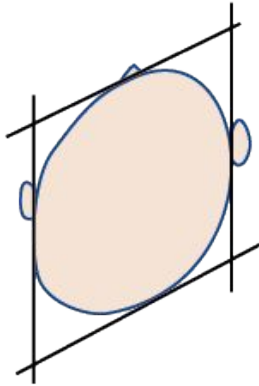
## A) Définitions et physiopathologie

- Déformation du crâne du nourrisson en lien avec sa plasticité et une contrainte biomécanique (appui régulier ou prolongé) (1)
- Plusieurs formes sans consensus sur la gravité

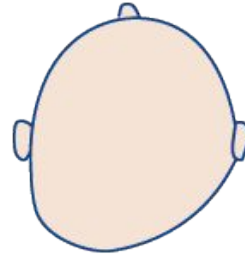
1. Haute Autorité de Santé. 2020. [Internet]. Prévention des déformations crâniennes positionnelles (DCP) et mort inattendue du nourrisson ; [consulté le 14 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3151574/fr/prevention-des-deformations-craniennes-positionnelles-dcp-et-mort-inattendue-du-nourrisson](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3151574/fr/prevention-des-deformations-craniennes-positionnelles-dcp-et-mort-inattendue-du-nourrisson)

# Formes de plagiocéphalie

Plagiocéphalie  
fronto-occipitale



Plagiocéphalie  
occipitale



Brachycéphalie  
postérieure

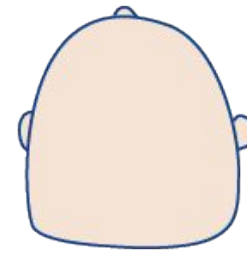



Figure 1

- 
- Diagnostic **clinique** : observation du crâne, mesure du périmètre crânien, palpation des sutures et examen de la mobilité cervicale.
  - Principal diagnostic différentiel: **craniosténose**, fermeture précoce des sutures crâniennes, prise en charge chirurgicale urgente



## B) Conséquences

- Répercussions esthétiques
- Impact psycho-social pour le patient et pour les parents
- Troubles de l'articulé dentaire et troubles posturaux
- Retard psychomoteur 50% plus fréquent chez les patients atteints de DCP (1)

1. Rohde JF, Goyal NK, Slovin SR, Hossain J, Pachter LM, Di Guglielmo MD. Association of Positional Plagiocephaly and Developmental Delay Within a Primary Care Network. J Dev Behav Pediatr. févr 2021;42(2):128-34.



## C) Epidémiologie

- Affection fréquente, 16% à six semaines, 19,7 % à 4 mois, 6,8% à 12 mois et 3,3% à 24 mois (1)
- Incidence en augmentation depuis la généralisation du couchage strict sur le dos, d'utilité incontestable pour prévenir la Mort Inattendue du Nourrisson (MIN) (2)

1. 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.
2. Patural H, Harrewijn I, Cavalier A, Levieux K, Farges C, Gras Leguen C, et al. Désinformation concernant le couchage des nourrissons et la plagiocéphalie. *Archives de Pédiatrie*. nov 2017;24(11):1057-9.



## D) Facteurs de risque et causes

### Facteurs prénatals:

- Sexe masculin
- Primiparité
- Multiparité
- Malformations utérines



### Facteurs périnatals:

- Position foetale in utero
- Accouchement instrumental
- Travail prolongé
- Prématuration



### Facteurs postnatals:

- Côté préférentiel
- Torticolis congénital ou fonctionnel
- Hypotonie
- Décubitus dorsal
- Mode d'allaitement
- Eveil et activité avec les parents limités
- Retard de développement psychomoteur
- Baby container syndrome

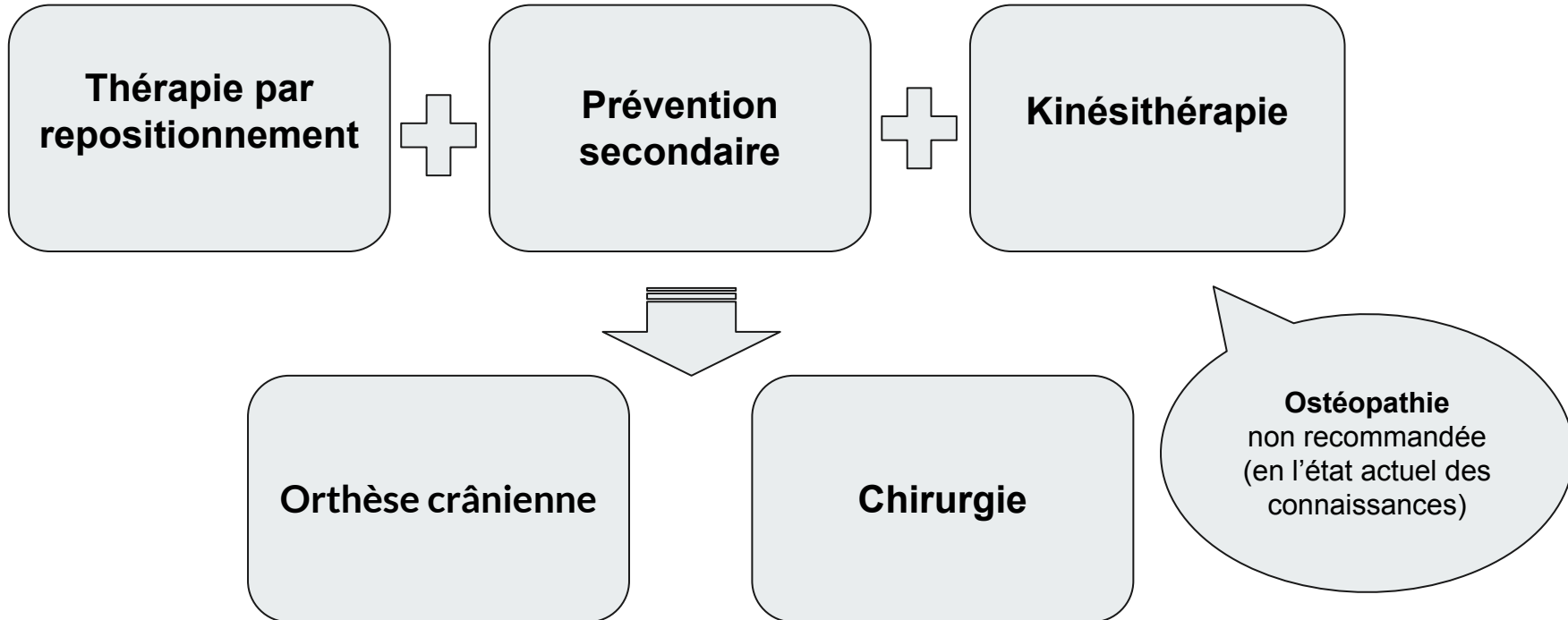
---

## E) Prévention

- **Information et contribution des parents**
- Favoriser la **motricité libre**
- Couchage sur le dos pendant le sommeil
- Changements fréquents de la position de la tête de l'enfant



## F) Prise en charge





## 2) Justification de l'étude

### Parents:

inquiétude, questionnement et culpabilité

### Plagiocéphalie

Se traite bien, d'autant plus quand dépisté tôt

### Médecins:

concernés mais peu formés  
Peu de prévention  
Hétérogénéité des PEC (1)

Plagiocéphalie et développement  
Signe d'alerte précoce

1. Duong, TA. Vécus et représentations des médecins généralistes dans la prévention et la prise en charge des déformations crâniennes positionnelles du nourrisson : étude qualitative menée en Seine-et-Marne Thèse de médecine. Caen: Université de Caen Normandie; 2021.



## Fiche Mémo

# Prévention des déformations crâniennes positionnelles et mort inattendue du nourrisson

Février 2020

# Rappel des facteurs de risque et de la prévention de la mort inattendue du nourrisson

## Facteurs de risque

Le principal facteur de risque est le couchage en position ventrale (risque d'enfouissement, d'hyperthermie et de confinement respiratoire) et latérale (risque de basculement sur le ventre).

Les matériels de contention (cale-bébé, cale-tête, coussin de positionnement, réducteur de lit, etc.) sont inutiles, délétères et dangereux car ils peuvent favoriser le retournement ventral et augmentent le risque de décès asphyxique par enfouissement.

Les objets (doudous, peluches, couettes, couvertures, etc.) pouvant recouvrir, étouffer ou confiner l'enfant sont à proscrire.

Tous les tours de lit sont dangereux car ils confinent l'air inhalé par l'enfant et augmentent le risque d'enfouissement et d'hyperthermie.

## Mesures de prévention

Il est recommandé de **coucher systématiquement le nourrisson sur le dos** dans un lit adapté :

- sur un matelas ferme dans un lit à barreaux, installé dans une turbulette adaptée, sans oreiller ni couette ni couverture, avec une température ambiante modérée (18-20°) ;
- idéalement dans la chambre des parents les 6 premiers mois de vie ;
- sans partage du lit parental ;
- sans exposition au tabac.

Les consignes de prévention de la MIN font l'objet d'un consensus scientifique<sup>1,2,3</sup>.

# Prévention primaire des déformations crâniennes positionnelles

La prévention repose sur le principe de **respect de la motricité libre et spontanée** du nourrisson.

Les mesures de prévention doivent être expliquées dès la période anténatale, lors du séjour en maternité et durant les premiers mois de vie.

Tous les professionnels intervenant auprès des nourrissons et leurs familles devraient connaître ces mesures de prévention.

## En anténatal

- Il est recommandé pour tous les professionnels, notamment dans le cadre de la préparation à la naissance et à la parentalité, d'inciter à l'aménagement d'un environnement sans risque pour le nourrisson et favorisant le respect de son activité motrice spontanée pendant le sommeil et l'éveil.
- Il faut expliquer aux futurs parents l'effet délétère de tous les dispositifs de contention (cf. facteurs de risque) qui favorisent la survenue d'une DCP en limitant la motricité spontanée des nourrissons, et augmentent le risque de MIN par enfouissement.
- L'allaitement maternel doit être encouragé. Il est un facteur de protection contre la MIN et contre la DCP.

## Après la naissance

- Une évaluation, non seulement de la symétrie des compétences neuromotrices globales du nouveau-né, mais également des facteurs de risque de DCP, doit être réalisée avant la sortie de la maternité, et à chaque examen clinique.
- Il est recommandé de renouveler aux parents des conseils personnalisés et adaptés à leur nourrisson, surtout pendant les 6 premiers mois de vie lorsque le crâne est le plus malléable, et à chaque entretien ou consultation ultérieure.

## Prise en charge des déformations crâniennes positionnelles (DCP) constituées

Les recommandations positionnelles et de kinésithérapie sont les interventions de choix chez la plupart des nourrissons présentant une DCP associée à un défaut de mobilité cervicale. Elles doivent être mises en œuvre le plus précocement possible.

En général, la mobilité cervicale s'améliore plus rapidement que la DCP, si les mesures appropriées sont mises en place précocement.

Des mesures anthropométriques simples sont utiles pour mesurer l'évolution d'une DCP.

### Recommandations positionnelles

- Dès que la DCP est diagnostiquée, il faut éviter l'appui de la partie aplatie de la tête tout en favorisant la mobilité du nourrisson.
- Le repositionnement doit toujours respecter les mesures de prévention de la MIN.
- Il est recommandé de poursuivre les mesures de prévention primaire des DCP ou de les mettre en place sans délai.
- À l'éveil, il est recommandé que les adultes accompagnent (y compris au sol) le nourrisson dans des postures et des explorations sensorielles actives du côté opposé à l'aplatissement, au cours des interactions, par des mobilisations douces et indolores.

### Kinésithérapie

- La kinésithérapie doit être prescrite systématiquement **en cas de défaut de mobilité cervicale**, en complément des conseils de repositionnement chez le nourrisson présentant une DCP constituée.
- Une ordonnance type pour rééducation neuromotrice d'une asymétrie posturale doit spécifier les éléments suivants : indication médicale, organe cible, localisation, objectifs des soins.
- Plus le traitement est prescrit tôt (durant le premier mois de vie), plus les chances de normalisation sont importantes.



## **B) Objectifs**

### **Question de recherche :**

Comment les médecins généralistes perçoivent-ils la prise en charge des déformations crâniennes positionnelles avant et après la lecture des recommandations HAS de 2020 ?

### **Objectif principal:**

Explorer le vécu et les représentations des médecins au sujet de la plagiocéphalie, et leur ressenti au sujet de la recommandation de la HAS de 2020.



## Objectifs secondaires

- Construire un schéma explicatif liant les représentations des médecins, leur ressenti sur ces recommandations et comment cela joue sur leur motivation à se former et à faire évoluer leur pratique
- Extraire des solutions pertinentes pour améliorer le dépistage et la prise en charge des DCP en médecine générale



# II- Méthode



**Type d'étude** : Etude qualitative sur la base d'entretiens semi-dirigés

**Population**: Médecins généralistes de Pau et alentour pratiquant la pédiatrie

**Méthode**: codage et analyse avec logiciel NVivo, codées séparément puis **triangulées** par les deux investigateurs

Les entretiens :

- guide évolutif composé de réponses ouvertes courtes
- entretiens enregistrés et retranscrits sans modifications
- première partie, vécu de la plagiocéphalie, deuxième partie, ressenti au sujet de la recommandation HAS après sa lecture




# III - Résultats

## Caractéristiques personnelles et professionnelles

- Échantillon varié
- Plusieurs modes d'exercices et générations représentées
- Un seul médecin ayant eu connaissance de la fiche HAS avant l'étude

Tableau 1 : caractéristiques des médecins interrogés

Médecin	Sexe	Âge	Nombre d'enfants	Temps d'installation (années)	Mode d'exercice	Part de pédiatrie (%)	Connaissance de la fiche
M1	Féminin	53	3	17	Semi-Rural, libéral	25	Non
M2	Féminin	38	0	11	Urbain, centre de santé	30	Oui
M3	Féminin	50	3	18	Semi-rural, libéral	17	Non
M4	Féminin	31	1	Remplaçante	Urbain, libéral	60	Non
M5	Masculin	34	2	1	Semi-Rural, libéral	10	Non
M6	Féminin	31	0	2	Semi-rural, libéral	35	Non
M7	Masculin	40	3	9	Semi-rural, libéral	30	Non
M8	Masculin	64	4	33	Semi-rural, libéral	13	Non
M9	Féminin	40	1	8	Semi-rural, libéral	30	Non
M10	Féminin	39	2	8	Semi-rural, libéral	30	Non
M11	Masculin	46	3	13	Urbain, libéral	5	Non
M12	Masculin	62	2	32	Semi-rural, libéral	20	Non
M13	Masculin	36	2	5	Semi-rural, libéral	20	Non
M14	Masculin	58	3	28	Urbain, libéral	7	Non




*“La plagiocéphalie c’est les premières semaines, les premiers mois, si on donne de bons conseils **c’est une pathologie qui n’est pas censée se retrouver au-delà de six mois ou un an**”*

## Représentations des médecins

*“**Ce n’est pas un problème.**(...) l’important ce n’est pas la forme de la tête, c’est ce qu’il y a à l’intérieur”*

*“Pour moi il faut faire la différence entre le pathologique et le non pathologique. (...) **C’est vraiment un effet de mode** je trouve”*




*“C’était limite une chance qu’elle (sa fille) ait un peu de plagio parce que ça m’a appris beaucoup de choses”*

*“Je suis aussi **médecin dans des crèches** et du coup j’ai peut-être une expérience un peu déformée”*

## **Influence du vécu personnel et professionnel**

*“J’ai surtout été sensibilisé à la plagiocéphalie quand j’ai fait **un semestre en neurochirurgie à Lyon**”*


*“Mes débuts de suivi de nourrissons j’avais eu cette histoire de plagiocéphalie assez marquée”*



*“En tant que médecin on s'intéresse au devenir de l'enfant, (...) c'est **un signe en tant que médecin sémiologiste**, c'est quelque chose qui nous parle, l'examen clinique qui correspond à quelque chose, on recherche des signes cliniques et on s'intéresse à l'environnement”*

## **Lien avec le développement psychomoteur : un levier**

*“Un espèce de **signe d'alerte** comme d'autres sur peut être un manque d'interaction, de savoir comment se débrouiller avec un bébé etc et donc ça doit amener à chercher d'autres choses, (...) un autre travail éducationnel avec les parents”*



*“C’est surtout donner des **conseils** aux parents pour essayer de modifier les positions du bébé”*


*“La kiné, très tôt, le plus précoce possible (...) dès que je l’ai vue ils passent forcément chez le kiné”*

*“Le kiné si vraiment je trouve que la tête tourne pas bien”*

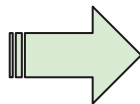
## Prises en charge

*“Le reste je pense que c’est un peu du **bon sens** quand même”*

*“Un torticolis musculaire congénital avec limitation de la mobilisation, là j’aurai tendance à envoyer chez un pédiatre, par méconnaissance.”*

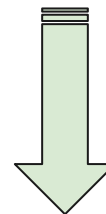


*“Souvent je leur demande d’y aller, (...) je trouve que ça aide un petit peu, et puis ça donne aussi des conseils aux parents”*

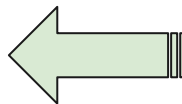


*“Les parents ont tendance à y aller assez rapidement **sans nous demander notre avis**”*

## L’ostéopathie, sujet clivant



*“J’ai l’impression que c’est **une pathologie créée par une demande de prise en charge**. On ne sait pas quoi foutre des ostéopathes, il y en a partout dans tous les bleds, il faut qu’ils travaillent”*



*“Après j’ai fait un DU d’ostéopathie donc moi j’ai rien contre l’ostéopathie (rire) mais après ce que je dis, **y a beaucoup de chose qui sont à faire effectivement autre que l’ostéopathie**”*



*“Honnêtement, **très peu**.  
On en parle très peu  
pendant les études de  
médecine”*

## **Une formation absente**

*“Pour la plagiocéphalie  
initialement en universitaire  
franchement peu... C’est un  
sujet qui est dans un item, qu’on  
voit en 15 lignes...”*


*“J’ai fait des formations de  
pédiatrie, j’en ai fait plusieurs  
mais c’est vrai qu’on en parle  
pas beaucoup déjà, ça c’est  
clair”*



*“Je vais le relire, parce que tu m’as réveillé, que moi, de toute façon je suis un perpétuel étudiant, même à 62 ans”*

## **Perception des recommandations HAS**

*“Ca me paraît cohérent. (...) ça peut facilement s’appliquer en consultation de médecine gé. Pour rassurer les parents sans avoir besoin d’imagerie, de surmédicaliser”*



*“L’examen là, de faire plus par-dessus la tête, **de faire plus systématique** (...) Pour que ce soit après un examen comme un autre qu’on fasse...”*

*“Ca peut être plus facile pour tout le monde d’**avoir un réseau** comme là, pour les freins de langue”*

## **Modes d’amélioration**

*“Une consultation pour un premier mois je me bloque systématiquement trente minutes.(...) La vie est une question de priorités. (...) faire de la prévention, **prendre du temps pour expliquer toutes ces choses-là**. Plus tu prends du temps pour faire de la prévention, plus tu prends le temps d’expliquer aux gens, moins ils t’appellent, moins ils appellent le 15.”*



## Le carnet de santé

*“C’est bien quand même de marquer des choses parce qu’il ne te verra pas que toi, (...) si tu as consigné tout ça quand même, t’as un autre oeil derrière donc t’as re-de nouveau un examen clinique”*

*“Pour poser un moment donné, évoquer un diagnostic, qu’après ça soit le prochain médecin qui regarde comment ça a évolué, moi je trouve ça utile”*

VS

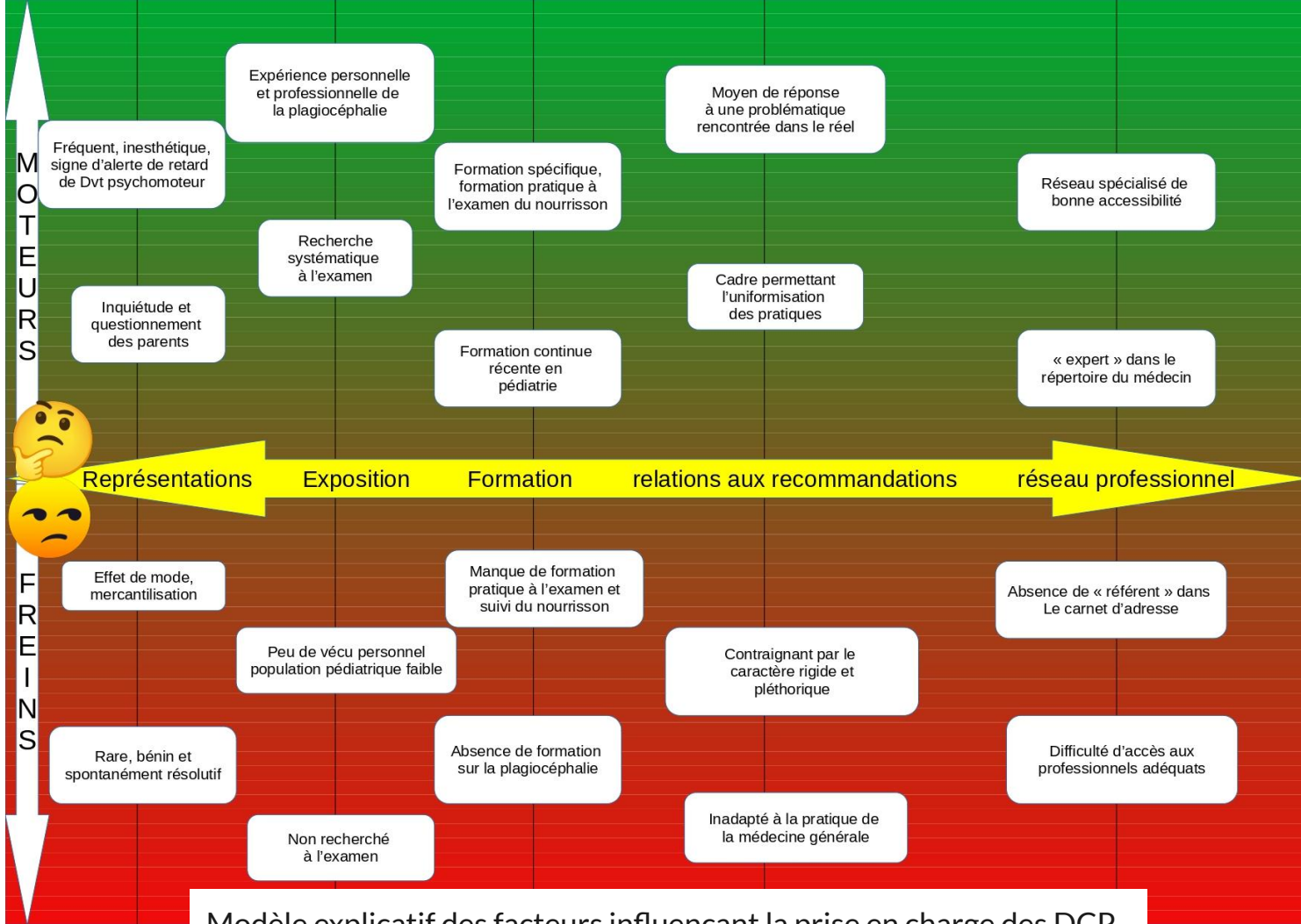
*“Les carnets de santé sont très bien faits donc est ce qu’un encart dessus ? Je ne sais pas il y a peut-être dix pourcent des parents qui les lisent, alors qu’il y a tout dedans”*

*“Souvent ils n’y pensent pas. Donc je me dis que l’écrire dans le carnet de santé ce n’est pas un bon support”*



## Synthèse des résultats

- Des représentations variées
- Des prises en charge hétéroclites
- Des formations rares mais vectrices de sensibilisation
- Des retours positifs sur la recommandation
- Perspectives d'amélioration du dépistage et de la prise en charge

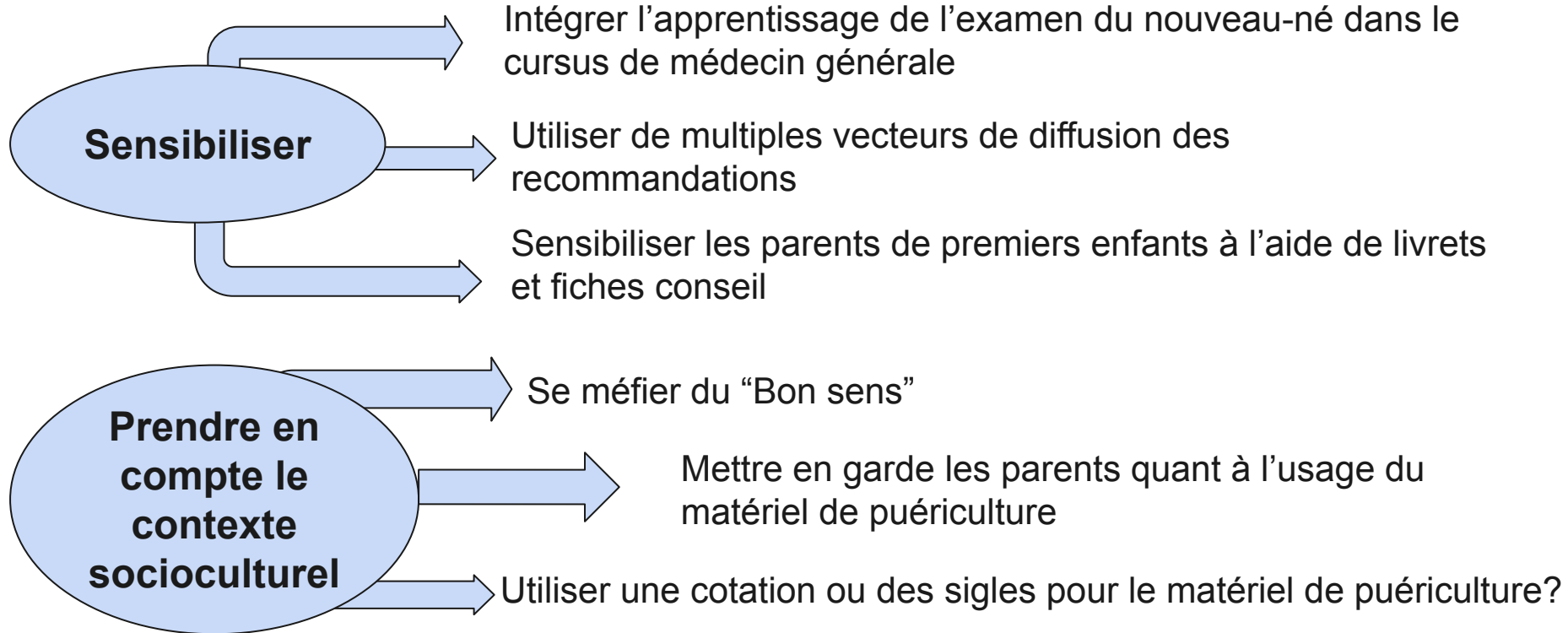


Modèle explicatif des facteurs influençant la prise en charge des DCP



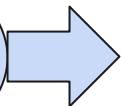
# IV - Discussion

## Perspectives envisagées



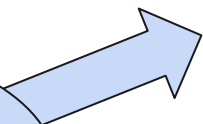


**Carnet de  
santé**

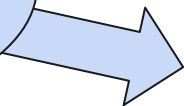


ajouter un encart à l'attention des médecins pour inciter à la recherche systématique de la plagio

**Organisation**



faire connaître les **réseaux** autour de la plagiocéphalie, et créer un dispositif pour la prise en charge de la plagiocéphalie (**Crapahutte**)



élaborer une consultation spécifique au développement psychomoteur, la prévention et la prise en charge des DCP



# V - Conclusion



Malgré sa fréquence et les recommandations officielles:

- représentations hétérogènes de la DCP
- dépendent de l'exposition et de la formation du médecin
- recommandation peu connue

Les médecins avaient en commun :

- une volonté de conseiller et d'accompagner
- sensibles au bon développement psychomoteur
- appréciation de la recommandation
- des sources d'informations diverses



Valoriser le temps alloué à la formation continue et surtout à la consultation du nourrisson au moyen d'une nouvelle cotation

Examen complet du nourrisson, à apprendre lors d'un stage en maternité ou PMI lors de l'internat de médecine générale

Valoriser et faire connaître les réseaux locaux autour de la plagiocéphalie  
(formation pluridisciplinaire)

---

**Merci pour votre attention!**