

Faculté de Médecine

Année 2022

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 23 septembre 2022

Par Claire Lesbre, épouse Pauline

Née le 20 novembre 1993 à Paris

Plagiocéphalie du Nourrisson : Connaissances des Médecins Généralistes et intérêt du développement d'une fiche informative

Thèse dirigée par Monsieur le Docteur Clément Bourgain

Examineurs :

Madame le Professeur Nathalie Dumoitier

Monsieur le Professeur Gaëtan Houdard

Madame le Docteur Nadège Lauchet

Madame le Docteur Anne Constanty

Monsieur le Docteur Clément Bourgain

Présidente du jury

Membre du jury

Membre du jury

Membre du jury

Directeur de thèse



Faculté de Médecine

Année 2022

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 23 septembre 2022

Par Claire Lesbre, épouse Pauline

Née le 20 novembre 1993 à Paris

**Plagiocéphalie du Nourrisson :
Connaissances des Médecins Généralistes et intérêt du
développement d'une fiche informative**

Thèse dirigée par Monsieur le Docteur Clément Bourgain

Examineurs :

Madame le Professeur Nathalie Dumoitier

Monsieur le Professeur Gaëtan Houdard

Madame le Docteur Nadège Lauchet

Madame le Docteur Anne Constanty

Monsieur le Docteur Clément Bourgain

Présidente du jury

Membre du jury

Membre du jury

Membre du jury

Directeur de thèse



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Philippe BERTIN**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION

VINCENT François

PHYSIOLOGIE

YARDIN Catherine

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

KARAM Henri-Hani

MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane

EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

COUVE-DEACON Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

DELUCHE Elise

CANCEROLOGIE

DUCHESNE Mathilde

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

FAYE Pierre-Antoine

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

FREDON Fabien

ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

LALOZE Jérôme

CHIRURGIE PLASTIQUE

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE ET
CARDIOVASCULAIRE

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

Assistants Hospitaliers Universitaires

APPOURCHAUX Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
BUSQUET Clémence	HEMATOLOGIE
HAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MARTIN ép. DE VAULX Laury	ANESTHESIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
MONTMAGNON Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARGOULON Nicolas	PNEUMOLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
AVRAM Ioan	NEUROLOGIE VASCULAIRE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BERRAHAL Insaf	NEPHROLOGIE
BLANQUART Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
BOGEY Clément	RADIOLOGIE

BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CAUDRON Sébatien	RADIOLOGIE
CAYLAR Etienne	PSYCHIATRIE ADULTE
CENRAUD Marie	NEUROLOGIE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COMPAGNON Roxane	CHIRURGIE INFANTILE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESCLEE de MAREDSOUS Romain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
DOUSSET Benjamin	CARDIOLOGIE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FIKANI Amine	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GIOVARA Robin	CHIRURGIE INFANTILE
GUILLAIN Lucie	RHUMATOLOGIE
LAGOUEYTE Benoit	ORL
LAUVRAY Thomas	PEDIATRIE
LEMNOS Leslie	NEUROCHIRURGIE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE
MOHAND O'AMAR ép. DARI Nadia	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

PEYRAMAURE Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
PIRAS Rafaela	MEDECINE D'URGENCE
RATTI Nina	MEDECINE INTERNE
ROCHER	Maxime OPHTALMOLOGIE
SALLEE Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SANCHEZ Florence	CARDIOLOGIE
SEGUY ép. REBIERE Marion	MEDECINE GERIATRIQUE
SERY Arnaud	ORL
TARDIEU Antoine	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
THEVENOT Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
TORDJMAN Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERNAT-TABARLY Odile	OPHTALMOLOGIE

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BOURGAIN Clément
RUDELLE Karen

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE

« La médecine, c'est la haine de la maladie et l'amour du malade. »

Pr. J. Lejeune

Remerciements

A la présidente du jury :

Madame le Professeur Nathalie Dumoitier, pour ces trois années d'enseignement facultaire. Vous me faites l'honneur de présider ce jury ; recevez ici l'expression de ma respectueuse considération.

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Gaëtan Houdard, vous avez accepté d'être membre de ce jury. Soyez assuré de mon profond respect.

Madame le Docteur Nadège Lauchet, vous m'avez soutenue dans les (longs) balbutiements de ce travail et l'avez supervisé ; je vous remercie de siéger dans ce jury.

Madame le Docteur Anne Constanty, vous m'avez initiée aux problématiques des déformations crâniennes du nourrisson et avez inspiré ce sujet ; soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

Mon Directeur de Thèse, Monsieur le Docteur Clément Bourgain, tu m'as accompagnée dans ce travail, je te remercie pour ta patience, tes précieux conseils depuis l'externat et ta confiance lors des remplacements. Sois assuré de ma profonde amitié.

Aux médecins et professionnels de santé rencontrés lors de mes stages, en libéral, aux urgences du CHU, à l'HME, à l'HIHL de Bellac. Vous m'avez beaucoup appris.

Au Docteur Carole Audoin-Picot, pour ton amitié, ton soutien et ta confiance. Merci pour ton accueil et celui de tes associés au sein de votre cabinet. C'est pour moi une grande joie de travailler avec vous.

A Monsieur Eric Bureau pour son aide si généreuse dans la réalisation de la plaquette.

A mon époux, Clément, pour ton soutien sans faille depuis dix ans et ton aide précieuse dans la réalisation de ce travail. Merci pour le mari merveilleux et le père formidable que tu es.

A mes chers enfants, Ferdinand et Melchior, vous êtes ma joie !

A mes parents, pour votre amour inconditionnel, votre exemple, votre soutien, l'unité que vous avez su créer au sein de notre famille. Je vous dois tout.

A mes (beau) frère(s) et sœurs, vous m'avez supportée pendant toutes ces années ; merci pour tout ce que nous partageons ! Vous êtes extraordinaires et je mesure la chance inouïe de vous avoir.

A ma belle-famille, pour votre accueil, votre aide précieuse au quotidien, j'ai beaucoup de chance de faire partie de votre famille.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

CDOM : Conseil départemental de l'Ordre des Médecins

DCP : Déformations Crâniennes Positionnelles

FDR : Facteurs de risque

HAS : Haute Autorité de Santé

MG : Médecins Généralistes

MSN : Mort subite du Nourrisson

SCM : Sterno-cléido-mastoïdien

SFP : Société française de Pédiatrie

Table des matières

I. Introduction	18
I.1. Définition.....	19
I.2. Epidémiologie	20
I.3. Facteurs de risque	20
I.3.1. Non modifiables.....	20
I.3.2. Modifiables	21
I.4. Diagnostic.....	21
I.5. Complications	23
I.6. Traitement.....	24
I.6.1. Préventif	24
I.6.2. Curatif.....	24
I.7. Problématique.....	27
II. Matériel et Méthode.....	27
II.1. Objectifs de l'étude	27
II.2. Type d'étude	27
II.3. Déroulement de l'enquête	27
II.4. Les questionnaires.....	27
II.4.1. Questionnaire 1	27
II.4.2. Questionnaire 2.....	28
II.5. Recueil et analyse statistique.....	28
III. Résultats	29
III.1. Premier questionnaire.....	29
III.1.1. Analyse de l'échantillon	29
III.1.2. Les connaissances sur les facteurs de risque des DCP.....	29
III.1.3. Les connaissances sur les complications	30
III.1.4. La place des conseils aux parents.....	30
III.1.5. Les connaissances sur les conseils à donner	31
III.1.6. La primo-prescription.....	32
III.2. Deuxième questionnaire et analyse comparative	32
III.2.1. Analyse de l'échantillon	32
III.2.2. Les connaissances sur les facteurs de risque.....	33
III.2.3. Les connaissances sur les complications	34
III.2.4. La place des conseils aux parents.....	35
III.2.5. Les connaissances des conseils à donner.....	36
III.2.6. La primo-prescription.....	37
III.2.7. Utilité de la fiche informative.....	38
IV. Discussion	39
IV.1. Avant diffusion de la fiche.....	39
IV.2. Après diffusion de la fiche.....	40
IV.3. Forces et faiblesses.....	40
Conclusion	42
Références bibliographiques	43
Annexes	46
Serment d'Hippocrate.....	53

Table des illustrations

Figure 1 : illustration des différents types de déformations crâniennes positionnelles.....	19
Figure 2 : examen du crâne vu du dessus.....	22
Figure 3 : classification d'Argenta.....	23
Figure 4 : localisation des Centres de référence Maladies rares-Craniosténoses Malformations Cranio-Faciales en France.....	25
Figure 5 : facteurs de risque.....	29
Figure 6 : complications.....	30
Figure 7 : place des conseils.....	31
Figure 8 : les conseils.....	31
Figure 9 : primo prescription.....	32
Figure 10 : les facteurs de risque post-test.....	33
Figure 11 : comparaison sur les facteurs de risque.....	33
Figure 12 : les complications post-test.....	34
Figure 13 : comparaison sur les complications.....	34
Figure 14 : la place des conseils post-test.....	35
Figure 15 : comparaison sur la place des conseils.....	35
Figure 16 : les conseils à donner post-test.....	36
Figure 17 : comparaison sur les conseils à donner.....	36
Figure 18 : primo prescription post-test.....	37
Figure 19 : comparaison sur les primo prescriptions.....	37
Figure 20 : utilité de la fiche.....	38

I. Introduction

En août 2020 naissait mon deuxième enfant, un petit garçon. A l'âge de deux mois et demi, il m'apparut que sa tête s'aplatissait du côté droit. Je commençais concomitamment mon stage de pédiatrie à la maternité de l'Hôpital Mère Enfant (HME) de Limoges, au sein duquel exerce une équipe de médecins et de kinésithérapeutes particulièrement formés sur le sujet des déformations crâniennes positionnelles. Sur leurs conseils, mon fils débutait des séances de kinésithérapie. Après quelques séances, la déformation se résolvait.

Depuis les recommandations de l'American Academy of Pediatrics au début des années 1990 de coucher les nourrissons exclusivement sur le dos afin de prévenir le phénomène de Mort subite du Nourrisson (MSN), on a observé un nombre croissant de déformations crâniennes positionnelles (DCP) (1) (2), appelées communément « plagiocéphalies ». Bien que les DCP ne soient pas exclusivement dues à ce phénomène, leur prise en charge ne doit pas exclure les mesures préventives ayant conduit à diminuer le nombre de décès par MSN. La HAS a publié un ensemble de recommandations en ce sens en février 2022.

Aujourd'hui, les médecins généralistes (MG) sont amenés à voir de plus en plus de nourrissons devant la raréfaction des pédiatres libéraux (3). Or les DCP sont une préoccupation fréquente des parents, comme l'ont démontré les Dr Rousselot et Tinmiouli dans leurs thèses respectives en 2019 et 2021 (4,5). En tant qu'interlocuteurs privilégiés des parents, il semble important que les MG aient des compétences dans le diagnostic et la prise en charge des DCP.

Le but de ce travail est de déterminer les connaissances des MG et d'étudier l'intérêt d'une information par le biais d'une fiche, afin d'améliorer la prise en charge de ce syndrome qui n'est pas pathologique mais néanmoins fréquent et source d'inquiétude pour les parents.

I.1. Définition

Plagiocéphalie vient du grec *plagios*, qui signifie oblique, et *kephalê*, qui signifie tête (6). C'est un terme utilisé pour décrire des asymétries crâniennes. On distingue deux sous-familles :

- Les **plagiocéphalies avec craniosténose** : la déformation crânienne est causée par la fusion prématurée des sutures de la boîte crânienne. Cela concerne environ 1/2500 naissance. Son traitement est chirurgical (7).
- Les **plagiocéphalies sans craniosténose** ou encore plagiocéphalies posturales ou déformations crâniennes positionnelles. Elles sont définies par la HAS comme des déformations acquises du crâne sans synostose, secondaires à des facteurs biomécaniques externes de compression ou de traction (8). Les sutures restent ouvertes. Les auteurs s'accordent pour dire que cette pathologie est bénigne (9). Elle fait l'objet de ce travail de thèse.

Il existe également la **brachycéphalie**, qui vient du grec *brakhus* = court, et *kephalê* = tête. Ce terme désigne une tête large et peu profonde, et se caractérise par un aplatissement de l'arrière du crâne, une avancée du front et une boîte crânienne montant à l'arrière. Les causes et le traitement étant identiques, la plagiocéphalie et la brachycéphalie positionnelles sont souvent traitées ensemble par les auteurs (10).

Beaucoup plus rare, la **dolichocéphalie** (du grec *dolikhos* = long), désigne un crâne long et étroit. Ce type de déformation est moins fréquent que la brachycéphalie et la plagiocéphalie et n'est quasiment pas rapporté dans la littérature (11).

Nous parlerons donc dans ce travail de déformations crâniennes positionnelles (DCP) pour englober tous ces termes.

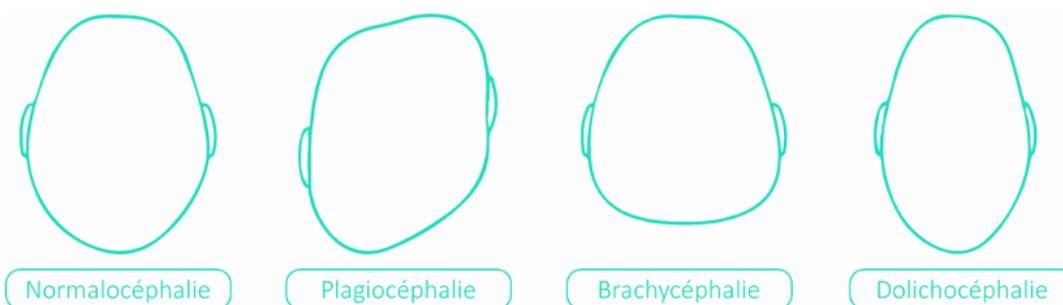


Figure 1 : illustration des différents types de déformations crâniennes positionnelles

Source : <https://osteopathe-yvelines.fr/plagiocéphalie-brachycephalie-et-osteopathie-mon-bebe-a-la-tete-plate/>

I.2. Epidémiologie

A ce jour, aucune donnée épidémiologique précise n'est disponible pour la France.

Une étude de cohorte réalisée en 2004 en Nouvelle-Zélande sur 200 enfants, estimait l'incidence de la plagiocéphalie postérieure à 16% à 6 semaines, 19.7% à 4 mois, 6.8% à 12 mois et 3.3% à 24 mois (12).

Il existe une claire corrélation entre la campagne « back to sleep », initiée en 1992 par l'American Academy of Pediatrics, et l'augmentation de l'incidence des DCP (1)(13). Le nombre de DCP aurait augmenté de 400 à 600%. Cependant, l'incidence de la MSN ayant drastiquement chuté après cette campagne (- 76%), il n'a jamais été question de remettre en cause le couchage sur le dos (14,15).

Peu de données sont disponibles avant 1992. La prévalence avant cette date a été estimée entre 1/300 à 1/350 nourrisson (6).

Le pic de prévalence des DCP se situe à 4 mois de vie. Il est admis usuellement qu'après 8 mois une DCP ne se développera plus.

Dans son travail de thèse, le Dr Philippe Borgne a démontré que 94% des médecins généralistes avaient été confrontés au moins une fois à une DCP (16).

95% des DCP sont résolutive à 24 mois en cas de bonne prise en charge.

I.3. Facteurs de risque

Le principal facteur pourvoyeur de DCP est l'absence de mobilité complète de la tête. Ce facteur peut lui-même être causé par de nombreux éléments, identifiés par les auteurs depuis les années 90 (8,17). Le couchage strict sur le dos n'est pas le seul facteur incriminé.

Les facteurs de risque sont souvent classés par les auteurs en facteurs prénataux, périnataux et postnataux. Nous avons fait le choix ici de les distinguer en deux catégories : les facteurs modifiables, et ceux non modifiables, afin que les MG puissent identifier plus clairement ceux sur lesquels ils peuvent agir.

I.3.1. Non modifiables

- Sexe masculin dans près de 75% des cas. Cela s'explique par le fait que les nourrissons masculins sont moins mobiles et toniques dans les premiers mois de vie que les petites filles, que leur périmètre crânien est plus élevé et leur tête plus lourde. (18–20)
- Primiparité (hypothèse avancée : plus petite taille de l'utérus et manque d'expérience des parents) (18,19)
- Prématurité (18,19)
- Grossesse multiple, position en siège, macrocéphalie, oligoamnios, qui réduisent la mobilité spontanée pendant la vie intra-utérine. (18,20)
- Travail prolongé lors de l'accouchement (6,16,21)
- Alitement prolongé pendant la grossesse (18,20)

- Extraction instrumentale, par la création d'un hématome sur les muscles sterno-cléido-mastoïdien et trapèze qui entraîne un torticolis (16)
- Hypotonie et déficit sensoriel (18,19)
- Hospitalisation prolongée, en néonatalogie par exemple, qui limite la mobilité spontanée (nombreux branchements, peu de temps d'éveil...).(16,18,22)

Le niveau socio-économique ne semble quant à lui pas jouer de rôle dans ce contexte (contradictions entre les auteurs, résultats non significatifs).

I.3.2. Modifiables

- Torticolis congénital ou acquis : la présence d'un torticolis était retrouvée dans 89.3% des DCP lors d'une étude de cohorte menée par le Pr G. Captier portant sur 94 enfants atteints de DCP entre 1987 et 2003 (21). Cet auteur préconise la recherche précoce (< 1 semaine de vie) et systématique d'un torticolis. K A Golden et al ont retrouvé 64% de déséquilibre du SCM et 12% de torticolis congénital vrai lors d'une étude portant sur 83 enfants atteints de DCP (23). L'existence d'un côté préférentiel est également à rechercher. Cela peut être le reflet d'un dysfonctionnement musculaire, ou bien conduire à l'apparition d'un torticolis. (8,20,24)
- Allaitement artificiel exclusif : le bras utilisé pour soutenir le nourrisson pendant la tétée est souvent le même selon que le parent est gaucher ou droitier, et le nourrisson ne s'exerce donc pas à tourner la tête. De plus, les périodes de sommeil sont souvent plus longues que lors d'un allaitement au sein. (20,22)
- Utilisation de coques (type cosy), transats, cale-bébés... qui empêchent le nourrisson d'avoir une rotation complète du chef et limitent sa mobilité. Tous les auteurs s'accordent à dire que l'utilisation de ces dispositifs doit être la plus limitée possible. (15,18,21)
- Absence ou insuffisance de temps d'éveil en position ventrale : le temps passé sur le ventre est un facteur protecteur (15). Au contraire, un temps passé sur le ventre (« tummy time ») inférieur à 3 fois par jour, inférieur à 5 minutes par tranche, et débuté après 3 semaines de vie, est un facteur de risque. (18)
- Absence ou insuffisance d'interactions avec l'entourage (8)

I.4. Diagnostic

Les DCP sont décelables grâce à l'**examen clinique**, en se plaçant au-dessus de la tête de l'enfant. Celui-ci doit être réalisé à chaque consultation mensuelle, de la naissance à 6 mois. Les DCP se différencient des craniosténoses car il existe un intervalle libre entre la naissance et l'apparition de la déformation. De plus, une craniosténose se manifeste par un bourrelet au niveau de la suture concernée.



Figure 2 : examen du crâne vu du dessus

Source : <https://nicolas-truffart.pro/osteopathie-plagiocephalie-du-nourrisson>

La DCP la plus fréquemment observée est l'aplatissement du côté droit (61% selon Turk, 72% selon Chaddock). (13,25) Le crâne prend alors la forme d'un parallélogramme. On peut observer dans certains cas un avancement de l'oreille du côté de la déformation.

Dans 10% des cas on observe un aplatissement symétrique de l'occiput, c'est-à-dire une brachycéphalie.

Les examens radiologiques sont le plus souvent inutiles et réservés aux spécialistes en cas de doute sur un diagnostic différentiel de craniosténose.

La mesure du PC reste indispensable et n'est pas faussée par la DCP, mais elle ne permet pas le diagnostic.

L'anamnèse, par des questions précises posées aux parents sur la grossesse, l'accouchement, et les différents FDR permettent de cibler les risques et causes de DCP.

La recherche d'un côté préférentiel (annonciateur d'un torticolis) avant même l'apparition de la DCP est indispensable. L'examineur s'attachera à rechercher une limitation de rotation cervicale passive et active ou toute marque d'inconfort à la mobilisation.

Il existe deux types de torticolis selon l'HAS (8) :

- Le **torticolis postural** : attitude préférentielle en inclinaison latérale céphalique et rotation du côté opposé mais sans limitation à la mobilisation passive controlatérale.
- Le **torticolis musculaire congénital** : attitude permanente en inclinaison latérale céphalique et rotation du côté opposé avec limitation à la mobilisation passive controlatérale. On peut parfois palper une olive ou une corde au niveau du SCM. (26)

Le test du tabouret est utile pour éliminer un torticolis : le soignant s'assoit sur une chaise et tient l'enfant face aux parents. Tandis que les parents tentent d'intéresser l'enfant, le soignant pivote avec l'enfant sur la chaise d'un quart de tour, d'un côté puis de l'autre, et observe les mouvements spontanés de la tête de l'enfant.

L'examen neurologique est normal en cas de DCP, et toute anomalie doit faire évoquer un autre diagnostic.

En 2004, Louis Argenta a décrit une évaluation visuelle de la plagiocéphalie (traduction non validée en français) : (27)

- Type I : only posterior asymmetry
- Type II : I + malposition of the affected ear
- Type III : I, II + forehead asymmetry
- Type IV : I, II, III + facial asymmetry
- Type V : I, II, III, IV + temporal bossing or posterior vertical cranial growth

En pratique, elle est peu utilisée.

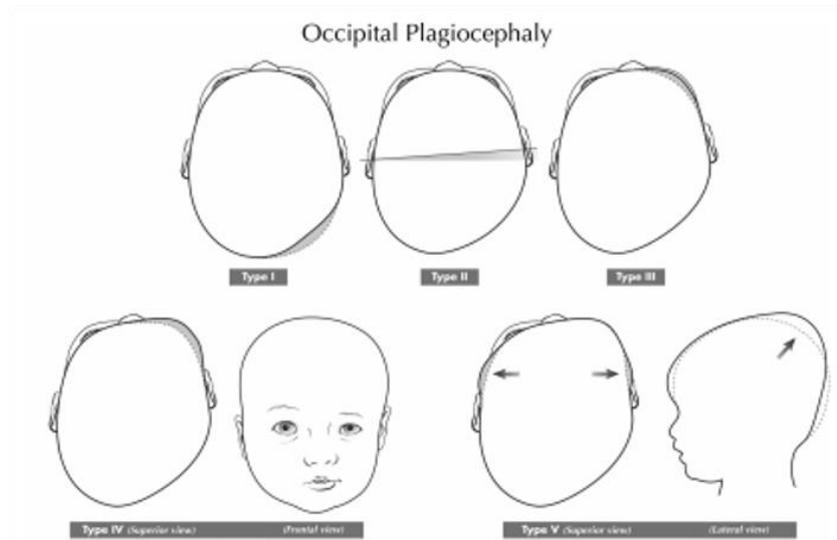


Figure 3 : classification d'Argenta

Source : site du CHU de Dijon

I.5. Complications

Le préjudice est essentiellement esthétique. La persistance à l'âge adulte est cependant extrêmement rare. Environ 1% des cas les plus sévères subsisteraient à l'adolescence, et ce chiffre diminue encore à l'âge adulte. (28)

Certaines études se sont attachées à démontrer une causalité entre DCP et retard ou trouble du neurodéveloppement, mais les résultats sont soit non significatifs, soit controversés. Quelques auteurs suggèrent tout de même de surveiller encore plus attentivement le développement des nourrissons atteints de DCP. (29)

Quelques cas de latéromandibulie, avec inclinaison en avant de la mandibule du côté de l'aplatissement, raccourcissement du ramus (branche mandibulaire) et allongement du corps, sont décrits. (30) Aucune complication ophtalmologique n'a été retrouvée de façon significative jusqu'à présent.

I.6. Traitement

I.6.1. Préventif

Comme vu plus haut, les DCP peuvent être dues à de nombreux facteurs de risque modifiables. Il est donc du rôle du professionnel de santé qui suit l'enfant (pédiatre, MG, sage-femme, IDE de PMI...) d'expliquer aux parents comment les éviter, et ce le plus précocement possible, puisque le pic d'incidence des DCP se situe entre 6 semaines et 4 mois :

- Favoriser le temps passé sur le ventre (tous les jours, pendant 5 minutes minimum, sous surveillance), avec des sollicitations sensorielles (visuelles, auditives) mobiles pour entraîner l'enfant à muscler son cou (éviter les points d'attention fixes au-dessus de la tête qui n'encouragent pas l'enfant à regarder à gauche et à droite).
- Eviter les longs trajets dans les sièges auto qui limitent la mobilité (faire des pauses toutes les deux heures).
- L'enfant tourne naturellement sa tête du côté de la lumière : il est donc important de ne pas coller le lit contre un mur. Si la configuration de la chambre ne le permet pas, les parents peuvent tourner le nourrisson dans le sens tête-pied d'un jour sur l'autre, afin qu'il s'habitue à tourner la tête des deux côtés.
- Idem lors de la prise alimentaire avec biberon : l'alternance du sens de la tétée est primordiale.
- L'emploi de cocons et cale-têtes est à proscrire, car d'une part ils limitent la libre rotation du chef, et d'autre part ils augmentent le risque de MSN (8,9,22).

Plusieurs thèses et mémoires ont mis en lumière le fait que les parents souhaiteraient une mention de ces conseils dans le carnet de santé. Ils évoquent également le rôle des sage-femmes afin que l'information soit la plus précoce possible (cours de préparation à l'accouchement, séjour à la maternité) (4,16,31,32).

I.6.2. Curatif

Le premier traitement une fois le diagnostic de DCP établi, est l'application (ou le renforcement si celles-ci étaient déjà appliquées) des mesures de prévention et de bon positionnement. L'amélioration est en général visible au bout de 8 à 12 semaines (9). Plus les mesures seront appliquées tôt, meilleure sera la récupération.

Dans le cas où une attitude en torticolis ou un véritable torticolis seraient détectés, la kinésithérapie est indispensable. Les études tendent à montrer que la kinésithérapie est d'autant plus efficace qu'elle est débutée précocement. Elle améliore indéniablement les DCP sévères (14,33). Il est bien sûr préférable de s'adresser à un kinésithérapeute formé en pédiatrie. La HAS préconise même d'adresser les nourrissons de façon systématique à l'apparition d'une DCP (8).

Le nombre et la durée des séances sont laissés à l'appréciation du physiothérapeute. L'ordonnance doit comprendre l'indication médicale, la localisation, l'organe cible, et les objectifs de soins (par exemple : « rééducation neuro-motrice d'une asymétrie posturale »).

Bien que l'ostéopathie ne fasse l'objet d'aucune recommandation en matière de DCP, elle reste un complément intéressant, qu'il y ait ou non un torticolis. En effet, de nombreux parents consultent spontanément un ostéopathe dans les premiers mois de vie de leur enfant. Ainsi, ces derniers sont amenés à voir presque 10% des nourrissons. Quelques études ont montré le bénéfice d'une intervention ostéopathique en association avec la kinésithérapie. (34–36)

La chirurgie est réservée uniquement aux cas de craniosténose.

Enfin, si la kinésithérapie et l'ostéopathie ne suffisent pas, ou en cas de déformation très sévère, il convient d'adresser l'enfant vers une équipe spécialisée pluridisciplinaire (intégrant un neurochirurgien, un chirurgien plastique pédiatrique ou un chirurgien maxillo-facial), qui décidera de l'utilité ou non de l'orthèse crânienne. Son intérêt est controversé, et les auteurs s'accordent à dire que son efficacité est significative seulement dans les cas les plus sévères (volume de déformation > 6.5%) (9,37).

Il existe plusieurs centres de référence des malformations crano-faciales en France.

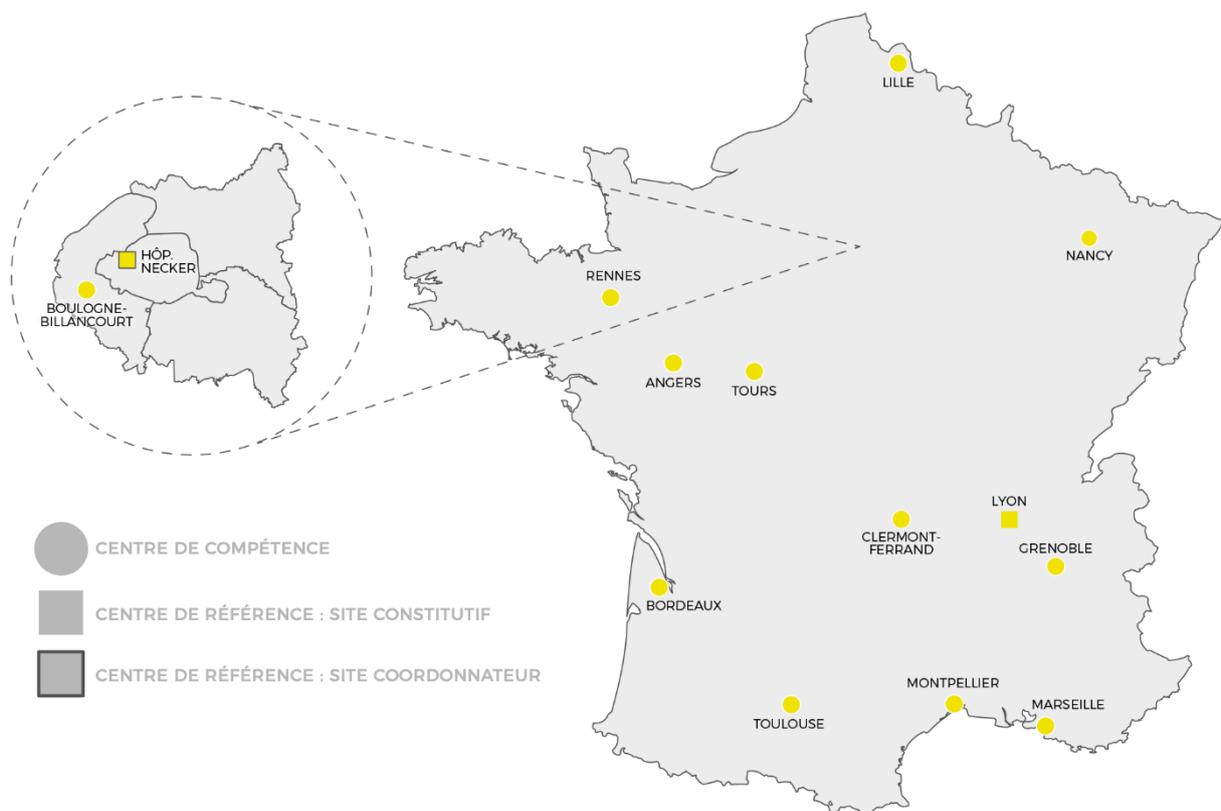


Figure 4 : localisation des Centres de référence Maladies rares-Craniosténoses Malformations Cranio-Faciales en France

Source : CRANIOST

I.7. Problématique

Finally, the appearance of DCP can be prevented with the help of simple and easily applicable advice by parents. The treatment rests on physiotherapy, which is very effective in most cases. We asked ourselves if GPs know these tips, how to apply them, the risk factors, and if physiotherapy is frequently used.

II. Matériel et Méthode

II.1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal est d'évaluer les connaissances des MG sur les DCP et leur prise en charge.

L'objectif secondaire est d'évaluer l'intérêt de la création d'une fiche informative sur les DCP et la modification des connaissances qu'elle engendre auprès des MG.

II.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive et analytique avant/après intervention auprès des médecins généralistes de l'ex-région Limousin.

Pour ce faire, nous avons élaboré deux questionnaires ; le premier pour objectiver les connaissances et pratiques des MG du Limousin. Ensuite nous avons réalisé une fiche informative reprenant l'ensemble des recommandations, à destination des MG. Enfin, nous avons renvoyé le même questionnaire une deuxième fois, accompagné de la fiche, pour déterminer l'évolution des connaissances et pratiques grâce à la fiche.

II.3. Déroulement de l'enquête

L'étude a été conduite par mail auprès des médecins généralistes inscrits au tableau de l'ordre de la Haute-Vienne, de la Corrèze et de la Creuse.

Un envoi a également été fait aux MG maîtres de stage universitaires de l'Université de Limoges.

Le premier mail, avec le premier questionnaire, a été envoyé en avril 2022.

Le second mail, avec le second questionnaire et la fiche informative, a été envoyé deux mois plus tard.

La fiche informative a été élaborée en avril 2022, à la suite de recherches bibliographiques, et avec l'aide d'un graphiste professionnel. *

Notre mode de recueil des réponses permettait de conserver un anonymat total des répondants.

II.4. Les questionnaires

II.4.1. Questionnaire 1

Il se composait de 11 questions. Nous l'avons volontairement voulu court et concis car il serait suivi d'un second questionnaire peu après.

La première question demandait le mois et l'année de naissance, suivis du numéro de département, afin de pouvoir apparier les deux questionnaires sans pour autant lever l'anonymat.

Les quatre questions suivantes permettaient de connaître le profil des médecins : âge, sexe, milieu d'exercice, et activité pédiatrique.

Les questions 5 à 8 s'attachaient à rechercher les connaissances des MG en matière de DCP (causes, complications).

Les questions 9 à 11 concernaient les pratiques des MG sur la prise en charge des DCP.

Les questions étaient toutes de type fermé, à choix unique ou multiple, sauf la dernière question qui était une question ouverte. Les questions étaient toutes obligatoires.

II.4.2. Questionnaire 2

Il se compose exactement des mêmes questions, mais comporte une question supplémentaire, demandant si la fiche leur avait paru utile ou non.

II.5. Recueil et analyse statistique

Les réponses au premier questionnaire ont été recueillies du 11 avril 2022 au 31 mai 2022.

Les réponses au second questionnaire ont été récoltées du 1^{er} juin 2022 au 11 juillet 2022.

Le recueil des réponses aux questionnaires s'est fait à l'aide du logiciel KoboToolBox®.

L'analyse statistique a été conduite grâce aux logiciels KoboToolBox®, Microsoft Excel® et BiostaTGV®.

L'analyse comparative a été faite sur les pourcentages, grâce au test de Fischer (variables quantitatives < 5). Les différences constatées entre les groupes étaient significatives si p était inférieur ou égal à 0.05.

III. Résultats

III.1. Premier questionnaire

III.1.1. Analyse de l'échantillon

63 questionnaires ont été analysés. Après consultation auprès des CDOM des trois départements, le nombre de MG installés et remplaçants sur le Limousin semble se situer autour de 650, ce qui signifie un taux de réponse d'un peu moins de 10%.

Les questionnaires récoltés étaient tous complets.

L'âge moyen des répondants était de 44,13 ans. La médiane était à 44 ans.

42 participants étaient des femmes (66.7%), 21 étaient des hommes (33.3%).

Parmi les médecins répondants, 26 (soit 39.7%) exerçaient en milieu semi-rural, 20 en milieu rural (31.7%) et 18 en milieu urbain (28.6%).

31 médecins ont répondu voir plus de 10 nourrissons par semaine (49%), 15 ont déclaré en voir entre 5 et 10 (23.8%) et 17 moins de 5 par semaine (26.7%).

90% d'entre eux ont déclaré avoir déjà été confrontés aux DCP.

III.1.2. Les connaissances sur les facteurs de risque des DCP

Cette question était à choix multiples.

Parmi les 6 items cités, 4 étaient justes et 2 faux (l'allaitement maternel et le sexe féminin).

Les contraintes mécaniques in utero sont citées 54 fois (85.7%). Le torticolis congénital 51 fois (81%). Puis viennent le déficit d'interaction 39 fois (62%), la prématurité 27 fois (43%). 4 pensent que l'allaitement maternel est un facteur de risque (6.3%). Enfin, le sexe féminin a été cité 3 fois (4.5%).

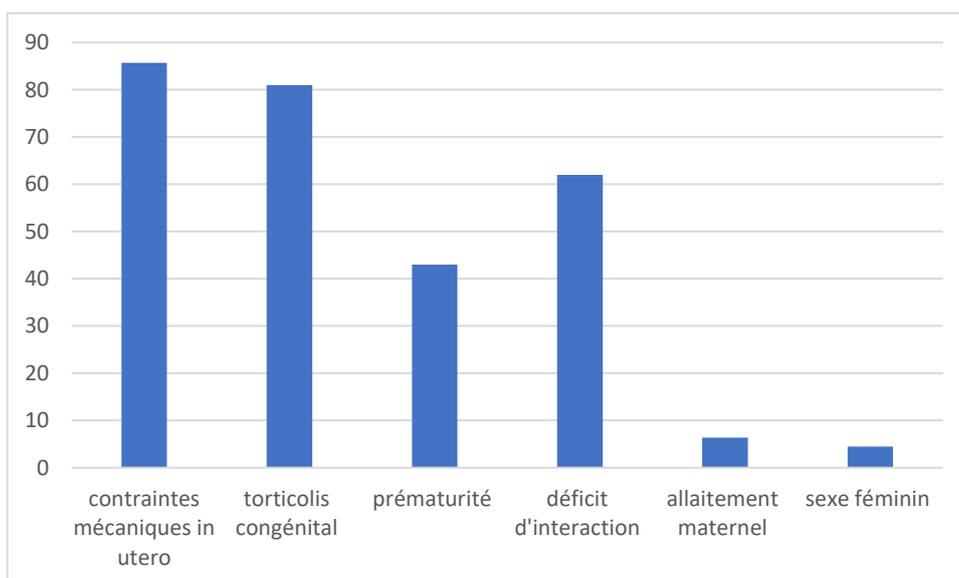


Figure 5 : facteurs de risque

III.1.3. Les connaissances sur les complications

Cette question était à choix multiples.

Le préjudice esthétique a été cité 50 fois (79.3%). La persistance à l'âge adulte a été citée 34 fois (54%). 8 ont répondu qu'il n'y avait aucune complication (12.7%).

Les mauvaises réponses étaient le retard de développement et la microcéphalie, qui ont été cités respectivement 17 fois (27%) et 12 fois (19%).

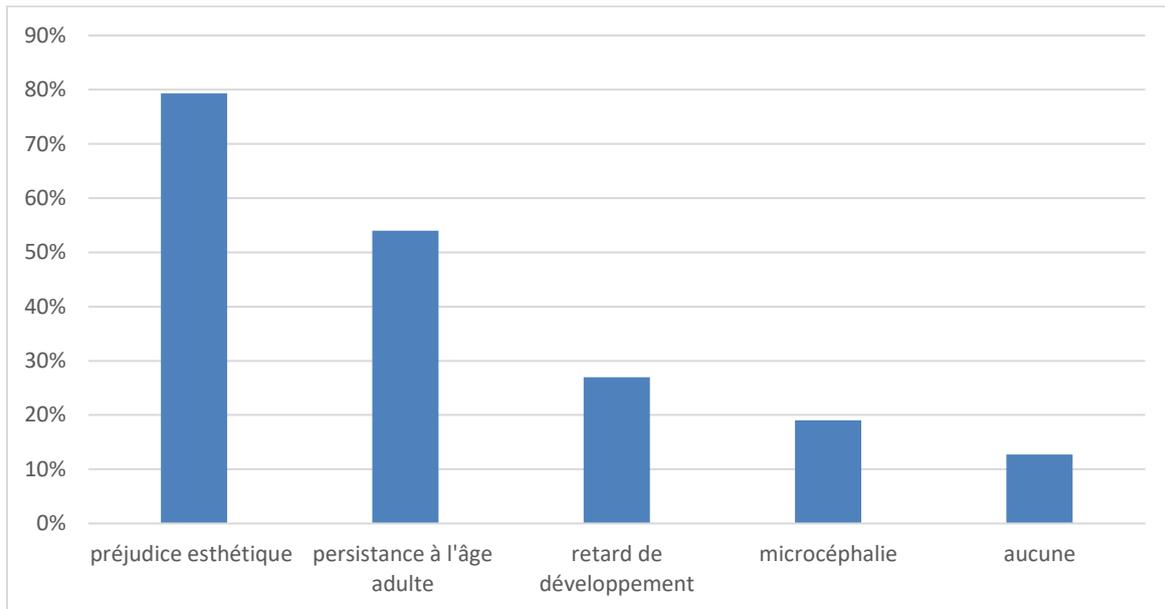


Figure 6 : complications

III.1.4. La place des conseils aux parents

Cette question était à choix multiples.

La prévention à l'apparition d'une DCP est citée 46 fois (73%).

En parler de façon systématique à la visite des 15 jours est cité 42 fois (66.6%).

En parler avant la naissance, lors des cours de préparation à l'accouchement, 21 fois (33.3%).

En parler uniquement si les parents posent la question est cité seulement 7 fois (11.1%).

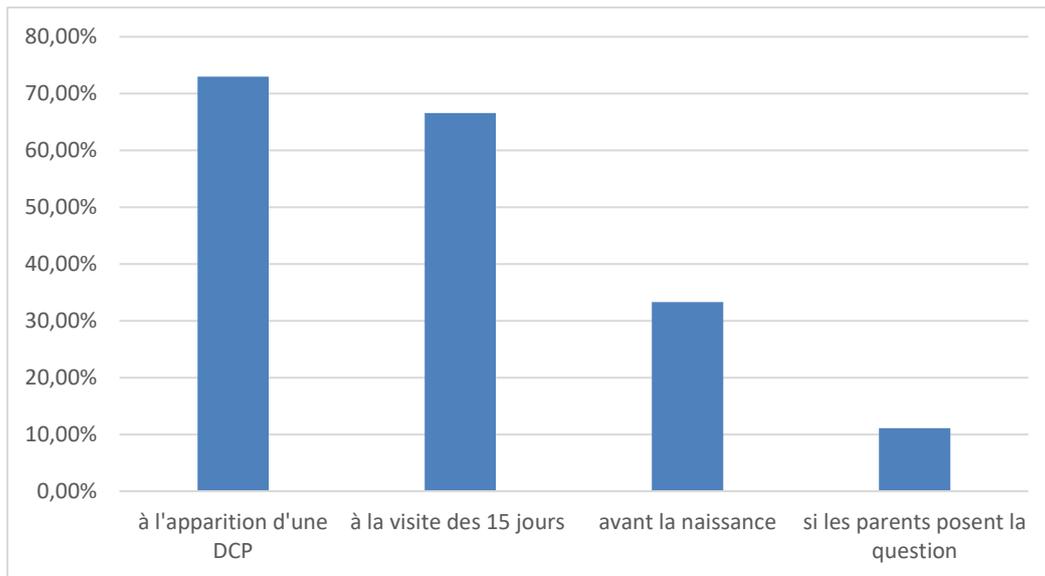


Figure 7 : place des conseils

III.1.5. Les connaissances sur les conseils à donner

Cette question était à choix multiple. Trois propositions étaient fausses : faire dormir l'enfant sur le ventre ou de profil, utiliser un coussin anti-tête plate et laisser l'enfant sur le dos en journée.

56 donnent des conseils de stimulations visuelles et auditives (88.9%), et 49 préconisent d'alterner le bras pour donner le biberon (77.8%) et 19 recommandent de retirer le tour de lit (30.1%).

16 participants conseillent l'utilisation d'un coussin anti-tête plate (25.4%), 13 proposent de laisser l'enfant sur le dos en journée (20.6%), et enfin 4 conseillent de faire dormir l'enfant sur le ventre ou de profil (6.3%).

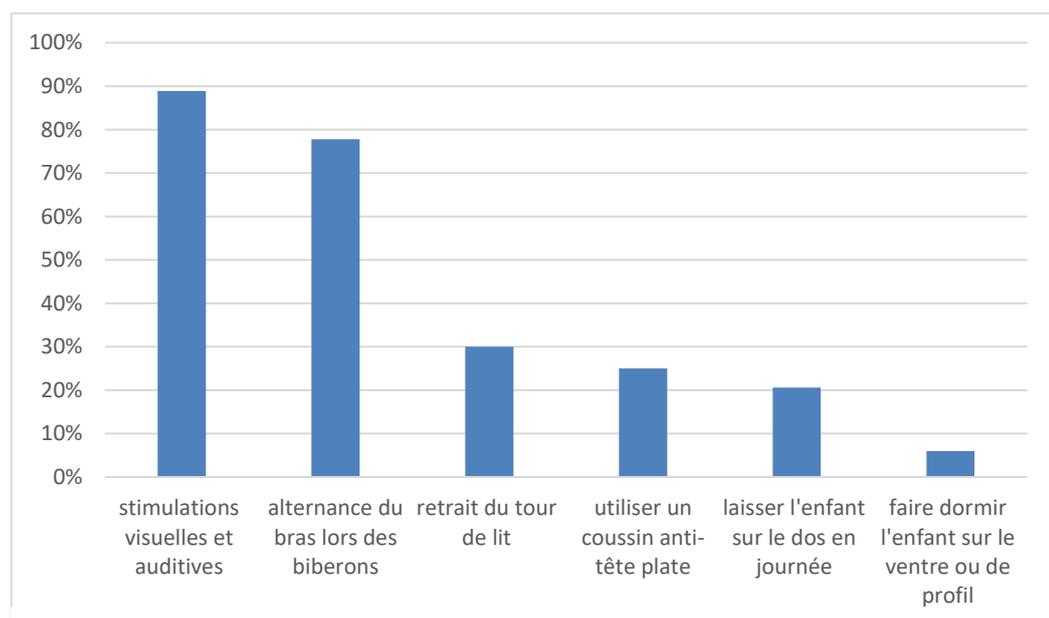


Figure 8 : les conseils

III.1.6. La primo-prescription

Cette dernière question était ouverte : « Que prescririez-vous en première intention ? »

26 ont répondu « kinésithérapie » (40%), 9 ont répondu « avis spécialisé » (14%), 7 ont répondu « conseils » (11%), 7 ont répondu « ostéopathie » (11%), 6 ont répondu « rien » (10%), 3 ont répondu « imagerie cérébrale, IRM, échographie » (5%), 2 ont répondu « coussin anti-tête plate, oreiller » (3%), 2 ont répondu « kinésithérapie + ostéopathie » (3%) ; 1 a répondu « enquête sociale » (2%).

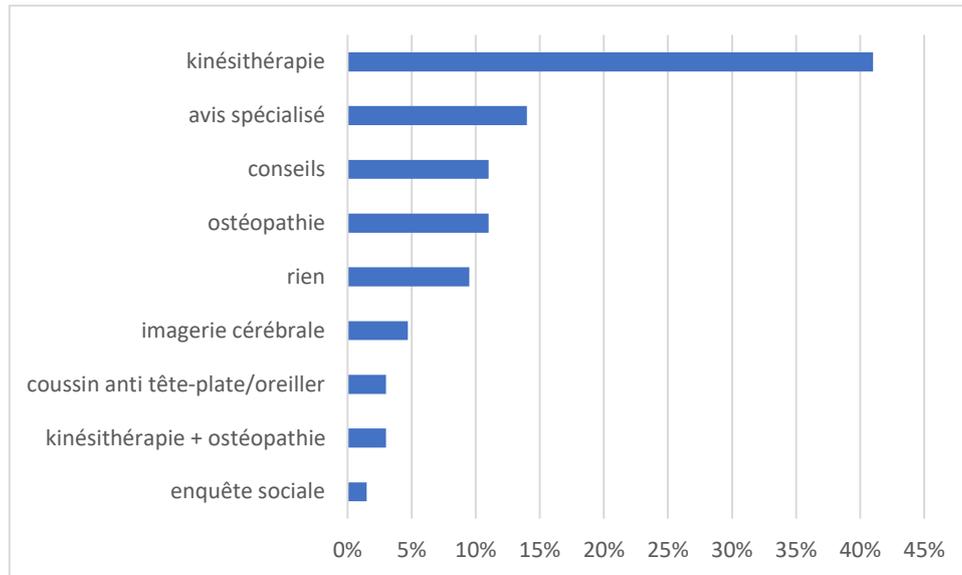


Figure 9 : primo prescription

III.2. Deuxième questionnaire et analyse comparative

III.2.1. Analyse de l'échantillon

Seules 47 réponses ont été recueillies, ce qui se traduit par taux de perte de 25% entre les deux questionnaires.

L'âge moyen des répondants était de 42.20 ans. La médiane était à 43 ans.

29 participants étaient des femmes (61.7%), 18 étaient des hommes (38.3%).

Parmi les médecins répondants, 25 (soit 53.2%) exerçaient en milieu semi-rural, 12 en milieu rural (25.5%) et 10 en milieu urbain (21.3%).

15 médecins ont répondu voir plus de 10 nourrissons par semaine (32%), 17 ont déclaré en voir entre 5 et 10 (36%) et 15 moins de 5 par semaine (32%)

91% d'entre eux ont déclaré avoir déjà été confrontés aux DCP.

III.2.2. Les connaissances sur les facteurs de risque

42 ont répondu que les contraintes mécaniques in utéro était un facteur de risque (91.3%).

40 ont cité le torticolis congénital (85%) et 30 la prématurité (60.9%). 27 ont coché le déficit d'interaction (60%). Enfin, le sexe féminin et l'allaitement maternel n'ont pas été cités.

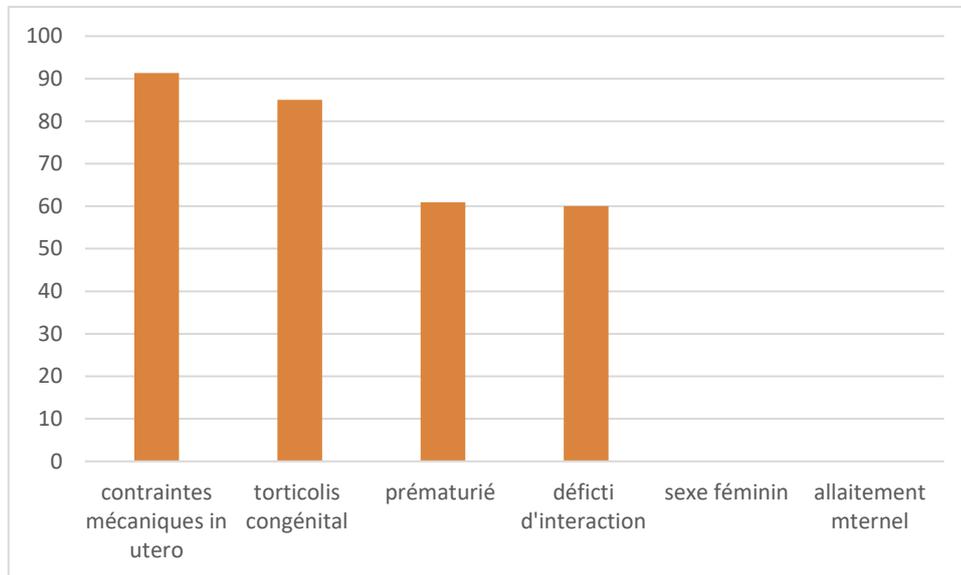


Figure 10 : les facteurs de risque post-test

En post-test, plus de médecins identifient les bons facteurs de risque ($p= 0.002$).

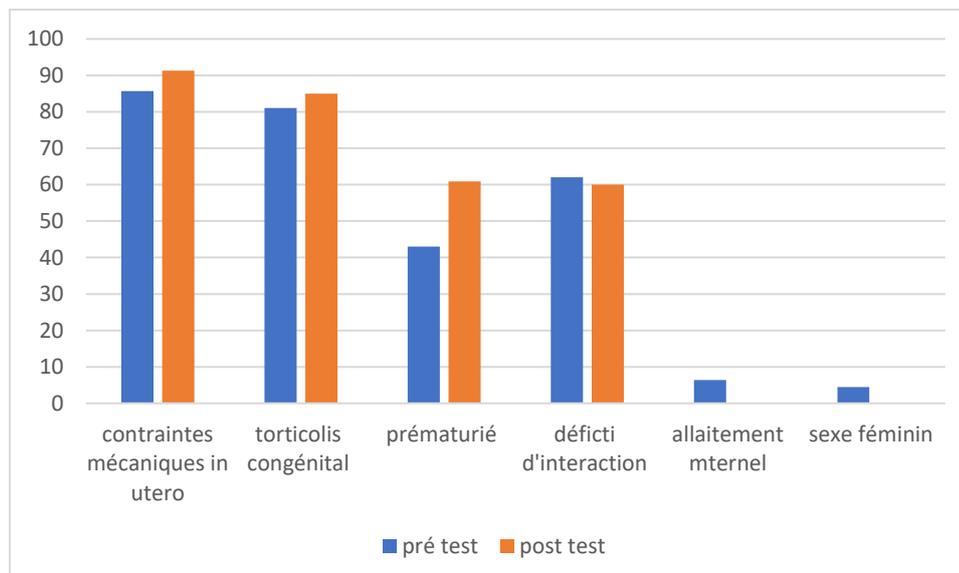


Figure 11 : comparaison sur les facteurs de risque

III.2.3. Les connaissances sur les complications

Le préjudice esthétique a été cité par 35 répondants (76.1%), la persistance à l'âge adulte par 18 (39%), l'absence de complications par 9 (20%), le retard de développement par 8 (17.5%), et la microcéphalie par 5 (10.5%).

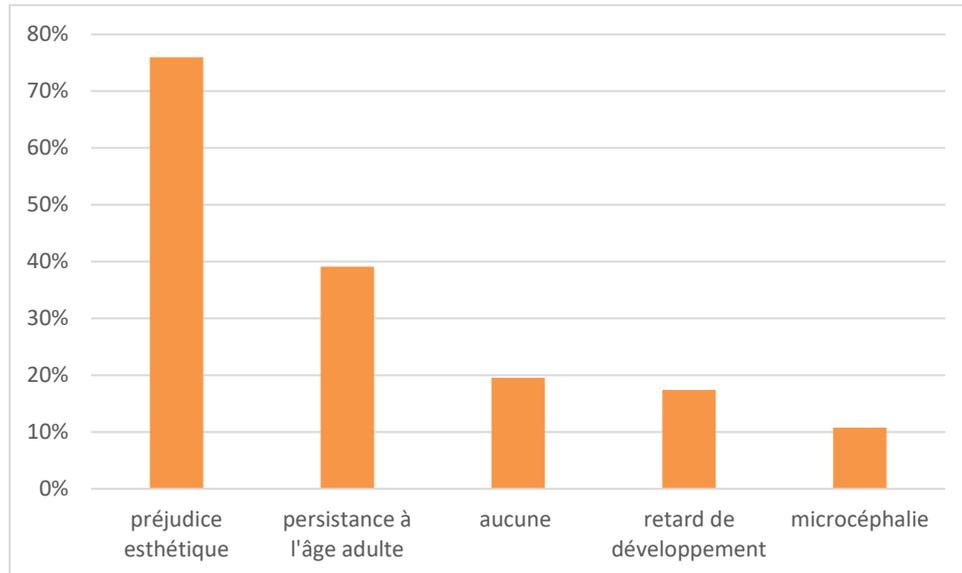


Figure 12 : les complications post-test

Le préjudice esthétique reste la réponse la plus donnée ($p=0.187$).

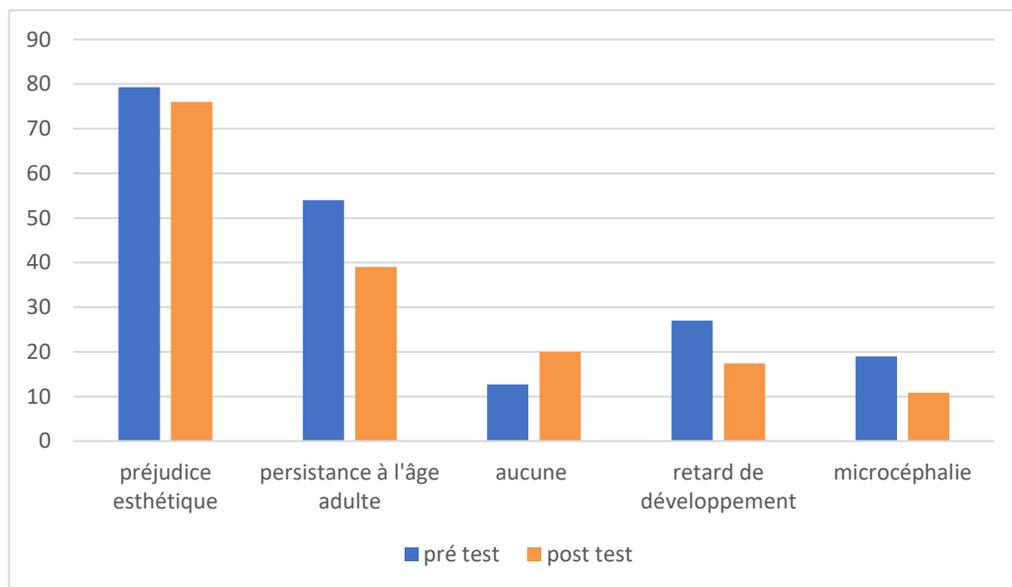


Figure 13 : comparaison sur les complications

III.2.4. La place des conseils aux parents

29 répondants estiment la place des conseils à la visite des 15 jours (63%), 28 à l'apparition d'une DCP (60%), 9 avant la naissance (20%) et 8 uniquement si les parents posent la question (6%).

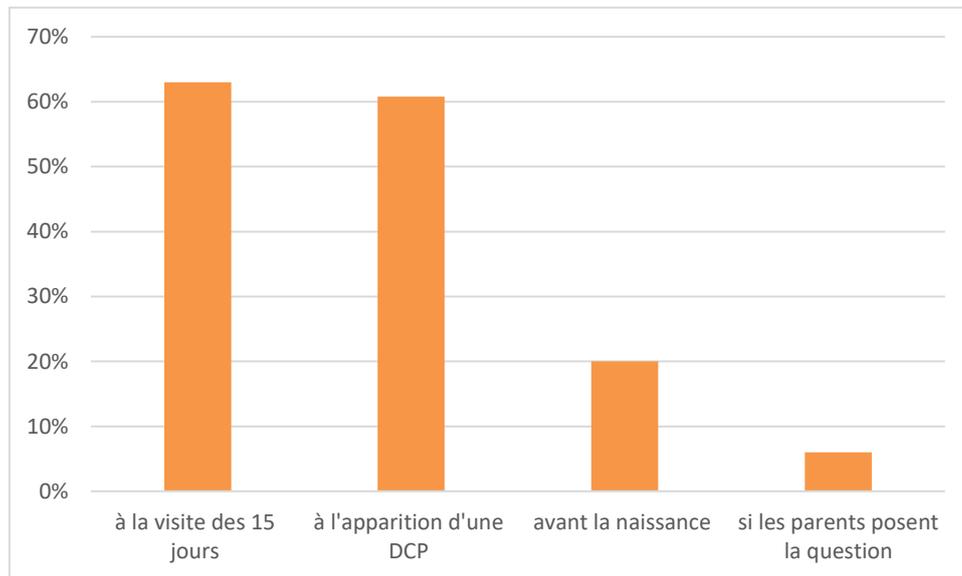


Figure 14 : la place des conseils post-test

En post-test, moins de médecins attendent l'apparition d'une DCP pour aborder le sujet ($p=0.465$).

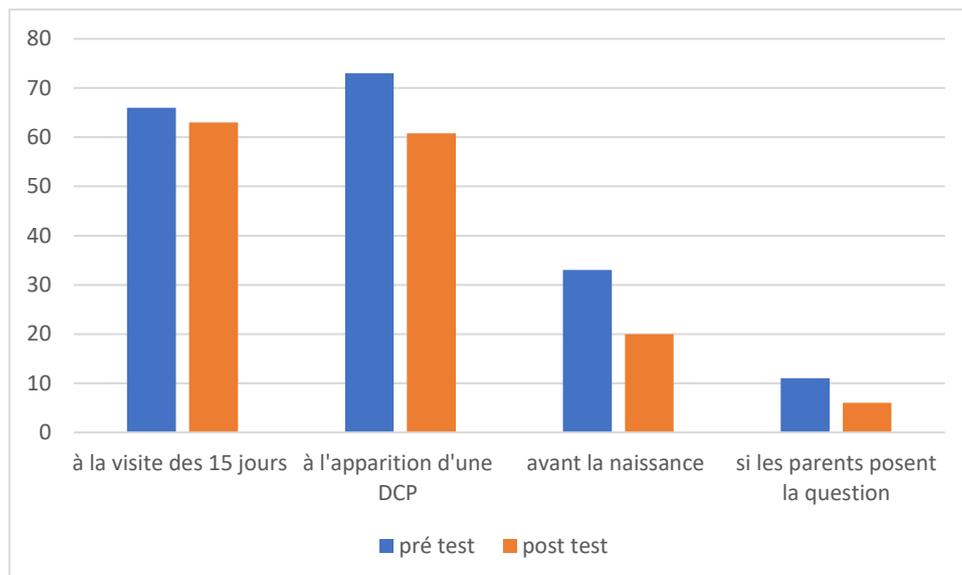


Figure 15 : comparaison sur la place des conseils

III.2.5. Les connaissances des conseils à donner

38 répondants ont cité les stimulations visuelles et auditives (82.6%), 37 ont cité l'alternance de bras pour le biberon (80.4%), 29 le retrait du tour de lit (63%). 8 préconisent l'utilisation d'un coussin anti-tête plate (17.4%), 5 de laisser l'enfant sur le dos en journée (11%) et 1 de faire dormir l'enfant sur le ventre ou de profil (2%).

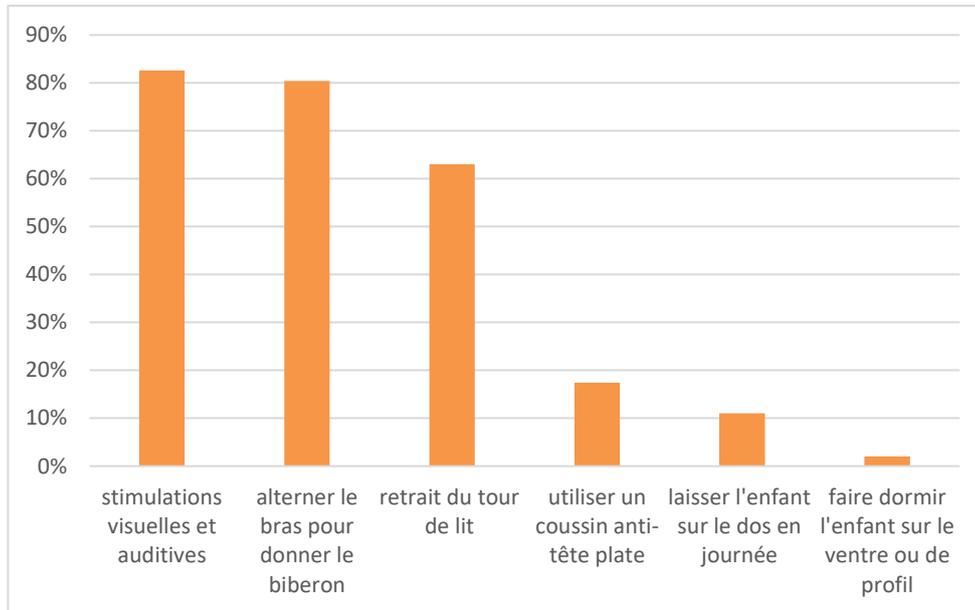


Figure 16 : les conseils à donner post-test

En post-test, les médecins donnent de meilleurs conseils de prévention ($p=0.02$).

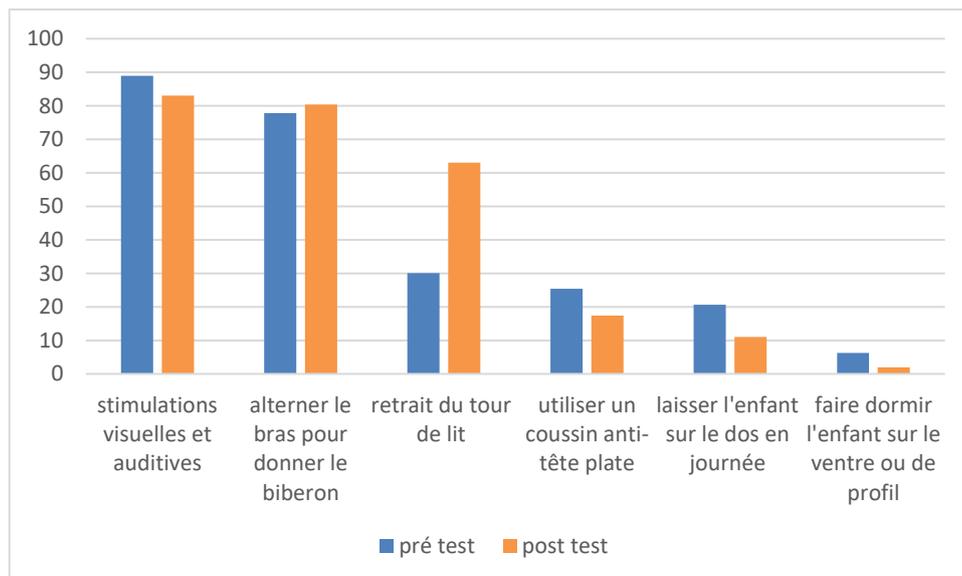


Figure 17 : comparaison sur les conseils à donner

III.2.6. La primo-prescription

32 répondants prescrivent de la kinésithérapie en première intention (68%). 5 préconisent l'ostéopathie (10.6%). 3 prescrivent kinésithérapie et ostéopathie (6.4%). 3 ne font rien (6.4%). 2 ont marqué « réassurance » (4.3%), 1 a écrit « conseils » (2%), et 1 « imagerie cérébrale » (2%).

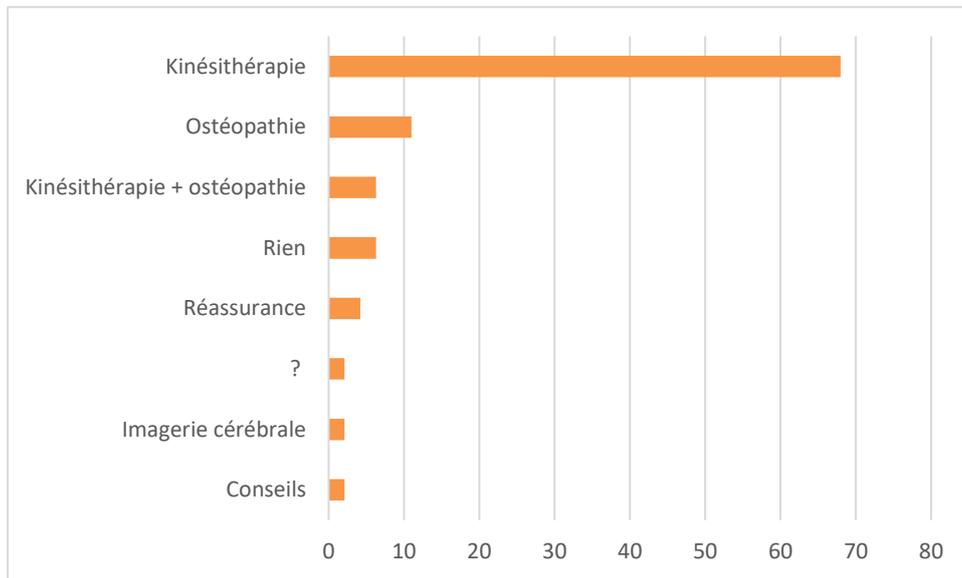


Figure 18 : primo prescription post-test

En post-test, le nombre de primo prescriptions a augmenté de 30% en faveur de la kinésithérapie ($p < 0.01$).

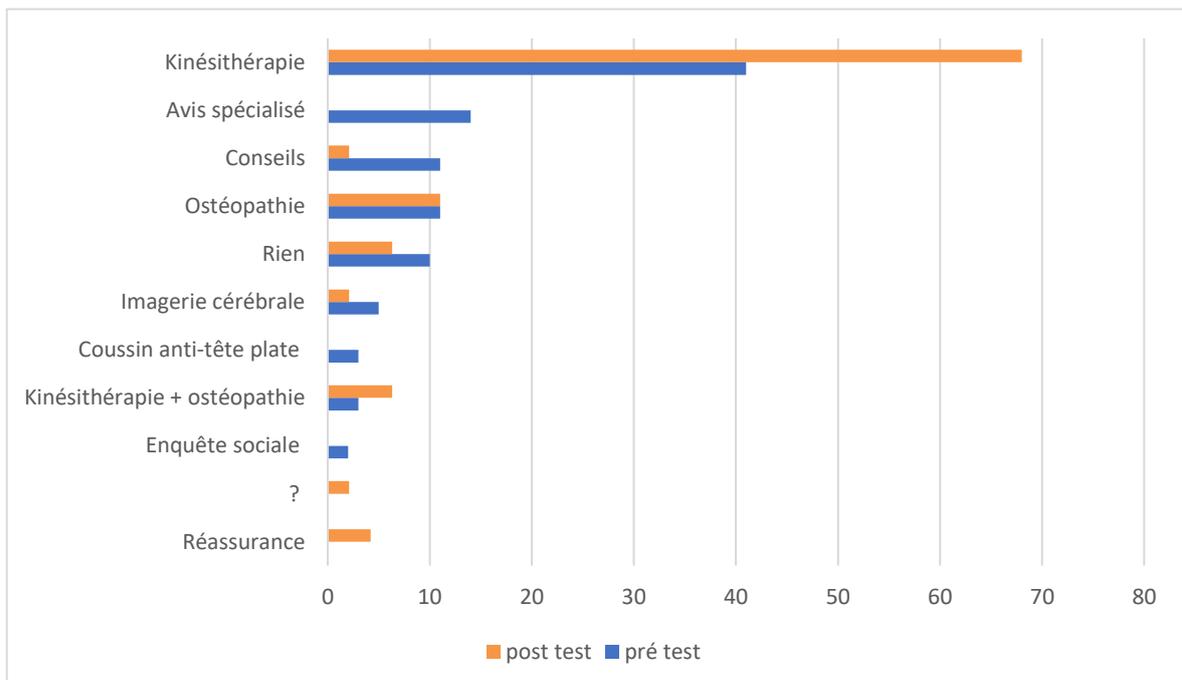


Figure 19 : comparaison sur les primo prescriptions

On peut considérer un groupe de bonnes réponses constitué de : « kinésithérapie », « conseils », « kinésithérapie + ostéopathie » et « réassurance », et un groupe de mauvaises réponses constitué de « avis spécialisé », « imagerie cérébrale », « rien », « ? », « coussin anti-tête plate », « ostéopathie », « enquête sociale ».

Ainsi, après diffusion de la fiche, on obtient 80.9% de bonnes réponses versus 54% avant lecture.

III.2.7. Utilité de la fiche informative

45 participants l'ont jugée utile (95.7%), 2 l'ont jugée inutile (4.3%).

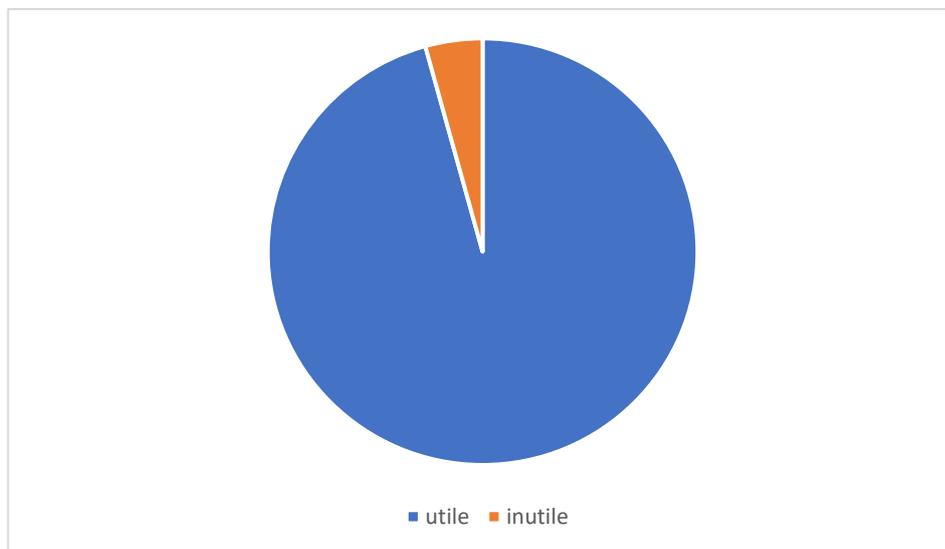


Figure 20 : utilité de la fiche

IV. Discussion

Les résultats montrent que les MG ont toute leur place dans la prévention et la prise en charge des DCP. En effet, 91% d'entre eux ont déclaré y avoir déjà été confrontés. Cela concorde avec le résultat d'autres thèses menées sur le sujet dans d'autres régions de France (5,16,31).

Le sujet a globalement intéressé les jeunes médecins (moyenne d'âge à 42 et 44 ans pour les deux questionnaires), et surtout les médecins femmes (2/3 des répondants environ). Cette répartition ne reflète pas la démographie médicale sur le territoire étudié. En effet, en Limousin, la moyenne d'âge des médecins est de 57 ans, et seulement 39% d'entre eux sont des femmes (42). Il est possible que les femmes se soient senties plus concernées par ce sujet pédiatrique. Nous ne pouvons pas extrapoler les résultats de l'étude à la population de MG français sans analyser les différences démographiques et les différences dans les flux de patientèle.

IV.1. Avant diffusion de la fiche

En Limousin, les médecins semblent plutôt bien sensibilisés aux facteurs de risque. Le sexe féminin et l'allaitement maternel (facteurs protecteurs) ont été peu cités. En revanche la prématurité était encore un FDR peu considéré.

Les complications également sont méconnues : plus de 50% des réponses indiquent des complications autres qu'esthétiques (or comme vu plus haut, pour le moment aucune étude ne montre un impact quelconque sur le développement cérébral, bien qu'il convienne d'être attentif). (29) Dans l'étude de P. Borgne en Normandie, ce chiffre était de 45% (16).

Plus de 70% attendent d'être confrontés au problème pour prodiguer des conseils, ou que les parents posent la question. Or des études ont prouvé que plus la prévention était précoce, moins les DCP étaient prévalentes (22,38). Dans sa thèse, A. Tamalet a montré que les parents étaient préoccupés voire angoissés à l'apparition d'une DCP, et qu'ils avaient besoin d'une information claire et rassurante de la part de leur MG (43). Dans une autre thèse menée en Haute-Garonne, M. Balzan observe que les MG n'abordent pas le sujet de façon systématique par manque de temps (les consultations de suivi pédiatrique sont souvent longues), mais aussi par manque de connaissances (possible difficulté à répondre aux questions), et parce qu'ils n'y pensent pas (31).

Certains conseils sont en inadéquation avec les recommandations de la SFP et de la HAS à propos du mode de couchage des nourrissons : plus de 30% des conseils prodigués demandaient de coucher l'enfant sur le ventre et/ou d'utiliser un coussin anti-tête plate, alors même que l'on sait que cela favorise les phénomènes de MSN (2,8). Ce chiffre est aux alentours de 40% dans la thèse de P. Borgne et de 25% dans celle de M. Balzan. Le retrait du tour de lit est une mesure préventive peu connue (< 30%) alors qu'elle est citée comme efficace par plusieurs auteurs (6,8), et que ce dispositif est de plus déconseillé en prévention de la MSN.

Enfin, seuls 40% ont le réflexe d'adresser vers un kinésithérapeute. Dans l'étude de P. Borgne, c'est comparable (46%). Le recours aux spécialistes (pédiatre, neurologue) vient en deuxième position dans les primo prescriptions (14%). C'est moins que dans la thèse de P. Borgne (26%). Cela engendre néanmoins des coûts supplémentaires et un retard de prise en charge

quand on connaît les délais d'accès aux spécialistes dans certaines villes. On sait de plus que la kinésithérapie associée aux conseils posturaux est le meilleur moyen thérapeutique pour les DCP (33,39,40).

On retrouve cependant deux primo prescriptions qui n'apparaissent dans aucune autre thèse : le recours à l'imagerie cérébrale et la demande d'enquête sociale. Ces avis extrêmes restent isolés (<3%) et il est probable qu'ils diminuent encore avec une étude plus puissante.

IV.2. Après diffusion de la fiche

Après lecture de la fiche, les réponses apparaissent sensiblement différentes. En ce qui concerne les facteurs de risque, les MG les ont assimilés puisqu'aucune mauvaise réponse n'est retrouvée, et la prématurité est mieux reconnue comme un FDR, et ce de façon statistiquement significative.

Les complications autres qu'esthétiques ne sont plus citées que dans 27% des questionnaires. Ce point n'était pas abordé dans la fiche et cette dernière pourrait être modifiée en ce sens.

Les MG sensibilisent les parents plus tôt : ils n'attendent pas que la DCP apparaisse pour donner des conseils de prévention. Cela va dans le sens de l'étude de Cavalier et Picot qui suggèrent une information des parents dès le séjour à la maternité (22). Plusieurs études montrent l'impact positif d'une action de prévention auprès des parents avec notamment une inscription des conseils dans le carnet de santé (31,38). Comme le point précédent, cette notion n'était pas mentionnée dans la fiche, mais nous pouvons en déduire qu'après information, les médecins ont une plus grande conscience de l'importance de la prévention.

Les connaissances sur les conseils ont également été améliorées, de façon statistiquement significative ; le conseil le mieux retenu est le retrait du tour de lit (63% vs 33%).

Les conseils à ne pas donner sont moins cités : le couchage en décubitus ventral passe de 6.3 à 2%, laisser l'enfant sur le dos en journée de 20.6 à 11%, et l'utilisation de coussins anti-tête plate de 25.4 à 17%.

Enfin, la kinésithérapie est beaucoup plus largement prescrite (70% vs 40%) ; il n'est plus fait mention d'un recours aux spécialistes ou à l'imagerie cérébrale, ni de demande d'enquête sociale. Les conseils, la kinésithérapie et éventuellement un complément par ostéopathie sont prescrits dans plus de 80% des cas.

Nous pouvons donc conclure qu'à la suite de la diffusion de la fiche, les médecins ont amélioré leurs connaissances en matière de FDR, de conseils de prévention, et changé leurs prescriptions de première intention. Ils ont jugé la fiche utile à plus de 95%. Différents travaux de thèse ont en effet montré que la lecture personnelle restait le premier moyen de formation médicale continue chez les médecins généralistes (41, 44). Nous pourrions néanmoins imaginer d'autres supports d'information à destination des MG tels que la formation présentielle ou un e-learning.

IV.3. Forces et faiblesses

A notre connaissance, notre étude était la première menée sur ce sujet auprès des MG sur les trois départements de l'ex-région Limousin. Il semble également qu'il n'y ait jamais eu d'étude

interventionnelle auprès des MG. Les précédents travaux de thèse avec intervention se sont principalement intéressés aux parents (43, 45).

Le court temps de recueil constitue un frein, il serait intéressant de mener une étude prospective plus longue.

S'agissant d'une étude quantitative descriptive, le niveau de preuve est faible. Notre étude manquait également de puissance du fait du petit nombre de réponses reçues. Cependant, en comparaison avec d'autres travaux de thèse menés sur le même territoire, il semble que le taux de réponse obtenu initialement (autour de 10%) diffère peu.

Nous avons perdu 25% de répondants entre les deux questionnaires, ce qui limite l'interprétation de l'étude.

Les MSU ont reçu un double mail, ce qui a pu engendrer un biais de sélection, mais cela a augmenté le nombre de réponses obtenues.

Le questionnaire étant déclaratif, les médecins remplissaient eux-mêmes le questionnaire. Un biais d'information a pu être créé pour le deuxième questionnaire si des médecins ont répondu sans lire la fiche (manque de temps, d'intérêt, de compréhension).

Conclusion

Les déformations crâniennes positionnelles sont très prévalentes en pédiatrie et les MG y sont souvent confrontés. Il est primordial de bien identifier les facteurs de risque, innés et acquis, afin de prévenir au mieux l'apparition d'une plagiocéphalie. Une attention toute particulière est requise entre 6 semaines et 4 mois.

Ce sujet attire une attention de plus en plus accrue. Ainsi, la HAS, dans son rapport de février 2022, préconise la mise en place d'un suivi épidémiologique au niveau national, ainsi qu'une mention dans les certificats des 8^e jour, 9^e mois et 24^e mois.

Du fait de leur rôle prévalent en matière de suivi du nourrisson, les MG sont en première ligne pour le diagnostic mais attendent souvent que les parents en parlent pour délivrer des conseils. Nous savons maintenant que des conseils précoces, simples et facilement applicables, tout en respectant les règles de couchage pour limiter la MSN, favorisent une meilleure évolution. La kinésithérapie, éventuellement en association avec l'ostéopathie, permettra de résoudre efficacement le problème dans la majorité des cas. Le recours aux avis spécialisés doit rester exceptionnel et concerner les cas les plus sévères.

L'objectif de notre étude était de faire un état des lieux des connaissances des MG du Limousin sur le sujet, et d'évaluer l'intérêt d'une fiche informative à destination desdits médecins.

Notre étude a mis en lumière un manque de connaissances sur les DCP et la façon de les prendre en charge. Les FDR étaient trop peu connus, le recours à la kinésithérapie était faible, et les conseils donnés n'étaient pas toujours adaptés.

La fiche informative qui leur a été adressée rappelait les FDR, les conseils de prévention et les recommandations de bonne pratique en termes de prescriptions.

Il apparaît qu'après l'assimilation de la fiche, la majorité des MG ont changé leurs pratiques et amélioré leurs connaissances. Notre étude est donc en faveur d'une formation des MG sur ce sujet.

Les dépenses de santé doivent plus que jamais être cohérentes ; une meilleure formation permettrait une prévention efficace et engendrerait moins de surcoûts liés à des prescriptions inadéquates.

Il serait intéressant d'évaluer l'impact de cette information auprès des parents de jeunes enfants, ainsi que de mener une étude qualitative auprès des MG afin de connaître leur ressenti et le moyen le plus adapté pour la circulation de l'information.

Références bibliographiques

1. Guntheroth WG, Spiers PS. Sleeping Prone and the Risk of Sudden Infant Death Syndrome. *JAMA*. 6 mai 1992;267(17):2359-62.
2. Prévention des déformations crâniennes positionnelles et mort inattendue du nourrisson. *J Pédiatrie Puériculture*. févr 2022;35(1):54-7.
3. Pédiatrie et soins de santé des enfants : une situation préoccupante [Internet]. *vie-publique.fr*. [cité 30 août 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/280485-pediatrie-et-soins-de-sante-des-enfants-une-situation-preoccupante>
4. Rosselot F. Les parents face à la plagiocéphalie: analyse qualitative des représentations, du vécu et des attentes envers leur médecin généraliste. 2019;334.
5. Tinmiouli F. 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. 1990;102.
6. Cavalier A, Picaud JC. Prévention de la plagiocéphalie posturale. *Arch Pédiatrie*. 1 juin 2008;15:S20-3.
7. Jung BK, Yun IS. Diagnosis and treatment of positional plagiocephaly. *Arch Craniofac Surg*. 20 avr 2020;21(2):80-6.
8. Prévention des déformations crâniennes positionnelles (DCP) et mort inattendue du nourrisson [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3151574/fr/prevention-des-deformations-craniennes-positionnelles-dcp-et-mort-inattendue-du-nourrisson
9. Laughlin J, Luerssen TG, Dias MS, the Committee on Practice and Ambulatory Medicine S on NS. Prevention and Management of Positional Skull Deformities in Infants. *Pediatrics*. 1 déc 2011;128(6):1236-41.
10. Feijen M, Franssen B, Vincken N, van der Hulst RWJ. Prevalence and Consequences of Positional Plagiocephaly and Brachycephaly. *J Craniofac Surg*. nov 2015;26(8):e770-773.
11. Plagiocéphalie, Brachycéphalie et Ostéopathie - Mon bébé a la tête plate [Internet]. <https://osteopathe-yvelines.fr/>. [cité 26 avr 2022]. Disponible sur: <https://osteopathe-yvelines.fr/plagiocephalie-brachycephalie-et-osteopathie-mon-bebe-a-la-tete-plate/>
12. 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.
13. 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.
14. Marshall JM, Shahzad F. Safe Sleep, Plagiocephaly, and Brachycephaly: Assessment, Risks, Treatment, and When to Refer. *Pediatr Ann*. 1 oct 2020;49(10):e440-7.
15. Unnithan AKA, De Jesus O. Plagiocephaly. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cité 7 mai 2022]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564334/>

16. Borgne P. La plagiocéphalie postérieure d'origine positionnelle: évaluation des pratiques en médecine générale. Rouen;
17. Patural H, Harrewijn I, Cavalier A, Levieux K, Farges C, Gras Leguen C, et al. Désinformation concernant le couchage des nourrissons et la plagiocéphalie. Arch Pédiatrie. 1 nov 2017;24(11):1057-9.
18. Vlimmeren L, Graaf Y, Boere-Boonekamp M, L'Hoir M, Helders P, Engelbert R. 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.
19. Blanchard M. Conduite à tenir devant une plagiocéphalie positionnelle: revue systématisée de la littérature. Bordeaux; 2015.
20. Hutchison BL, Thompson JMD, Mitchell EA. Determinants of nonsynostotic plagiocephaly: a case-control study. Pediatrics. oct 2003;112(4):e316.
21. Captier G, Leboucq N, Bigorre M, Canovas F, Bonnel F, Bonnafé A, et al. Étude clinico-radiologique des déformations du crâne dans les plagiocéphalies sans synostose. Arch Pédiatrie. 1 mars 2003;10(3):208-14.
22. Cavalier A, Picot MC, Artiaga C, Mazurier E, Amilhau M, Froye E, et al. Prevention of deformational plagiocephaly in neonates. Early Hum Dev. 1 août 2011;87(8):537-43.
23. Golden KA, Beals SP, Littlefield TR, Pomatto JK. Sternocleidomastoid imbalance versus congenital muscular torticollis: their relationship to positional plagiocephaly. Cleft Palate-Craniofacial J Off Publ Am Cleft Palate-Craniofacial Assoc. mai 1999;36(3):256-61.
24. Öhman A, Nilsson S, Lagerkvist AL, Beckung E. Are infants with torticollis at risk of a delay in early motor milestones compared with a control group of healthy infants? Dev Med Child Neurol. 2009;51(7):545-50.
25. Chadduck WM, Kast J, Donahue DJ. The enigma of lambdoid positional molding. Pediatr Neurosurg. juin 1997;26(6):304-11.
26. Ducourneau J. Prise en charge du torticollis congénital [Internet]. Formation Périnatalité kiné et ostéo - Institut Ducourneau. 2013 [cité 7 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.mkperinat.com/presse/torticollis-congenital.html>
27. Argenta L, David L, Thompson J. Clinical classification of positional plagiocephaly. J Craniofac Surg. mai 2004;15(3):368-72.
28. Renier D, Marchac D, Arnaud E, Catala M. Craniosténoses. Pédiatrie-Mal Infect. 2008;1-19.
29. Collett BR, Gray KE, Starr JR, Heike CL, Cunningham ML, Speltz ML. Development at Age 36 Months in Children With Deformational Plagiocephaly. Pediatrics. janv 2013;131(1):e109-15.
30. Kane AA, Lo LJ, Vannier MW, Marsh JL. Mandibular Dymorphology in Unicoronal Synostosis and Plagiocephaly without Synostosis. Cleft Palate Craniofac J. 1 sept 1996;33(5):418-23.

31. Balzan M. LA PLAGIOCEPHALIE POSTERIEURE POSITIONNELLE: PREVENTION PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE MIDI PYRENEES [Thèse d'exercice : médecine]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017.
32. Veyron E. La plagiocéphalie positionnelle d'origine postérieure. État des lieux des connaissances des sages-femmes et des patientes hospitalisées en suites de couches. :82.
33. Di Chiara A, La Rosa E, Ramieri V, Vellone V, Cascone P. Treatment of Deformational Plagiocephaly With Physiotherapy. *J Craniofac Surg.* oct 2019;30(7):2008-13.
34. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie – 2012 · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 8 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/rapport/evaluation-de-lefficacite-de-la-pratique-de-losteopathie-2012/>
35. Effects of osteopathic approach in infants with deformational plagiocephaly: an outcome research study - *Minerva Pediatrics* 2021 Nov 10 [Internet]. [cité 8 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.minervamedica.it/en/journals/minerva-pediatrics/article.php?cod=R15Y9999N00A21111002>
36. Lessard S, Gagnon I, Trottier N. Exploring the impact of osteopathic treatment on cranial asymmetries associated with nonsynostotic plagiocephaly in infants. *Complement Ther Clin Pract.* nov 2011;17(4):193-8.
37. Kluba S, Kraut W, Calgeer B, Reinert S, Krimmel M. Treatment of positional plagiocephaly – Helmet or no helmet? *J Cranio-Maxillofac Surg.* juill 2014;42(5):683-8.
38. Aarnivala H, Vuollo V, Harila V, Heikkinen T, Pirttiniemi P, Valkama AM. Preventing deformational plagiocephaly through parent guidance: a randomized, controlled trial. *Eur J Pediatr.* sept 2015;174(9):1197-208.
39. Maucourt A. Intérêt de la kinésithérapie chez le nourrisson de moins de 6 mois présentant une plagiocéphalie positionnelle. Angers; 2019.
40. Vernet O, de Ribaupierre S, Cavin B, Rilliet B. Traitement des plagiocéphalies postérieures d'origine positionnelle. *Arch Pédiatrie.* déc 2008;15(12):1829-33.
41. Benyahia Hamon L. Les facteurs influençant le choix des modalités de formation médicale continue des jeunes médecins généralistes : enquête auprès de trois promotions issues de l'université d'Angers. Angers; 2013.
42. Atlas de démographie médicale 2021, www.conseil-national.medecin.fr
43. Tamalet A. Prévention de la plagiocéphalie positionnelle, étude descriptive quantitative auprès des jeunes parents de Haute-Garonne, Université Toulouse III-Paul Sabatier, 2016, 32p.
44. Cordonnier P. La formation médicale continue des médecins généralistes, à l'aube du développement professionnel continu, thèse d'exercice, Université de Strasbourg, 2011, 242p.
45. Ernst C. La plagiocéphalie positionnelle. Etude de l'impact de la diffusion de la plaquette de prévention réalisée à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy sur la connaissance des femmes. Nancy ; 2014. 65p.

Annexes

Annexe 1. Le premier questionnaire	47
Annexe 2. Le second questionnaire	49
Annexe 3. Fiche informative.....	52

Annexe 1. Le premier questionnaire

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse en médecine générale, je m'intéresse aux déformations crâniennes positionnelles (DCP) des nourrissons, et plus particulièrement aux connaissances des médecins généralistes du Limousin sur le sujet.

Si vous le voulez bien, voici un questionnaire de 11 questions à compléter :

<https://ee.kobotoolbox.org/x/dt4B3pBk>

Pour ce travail, j'ai élaboré une fiche informative sur la prise en charge des DCP. Celle-ci vous sera envoyée dans un mois, ainsi que le même questionnaire, et ce dans le but d'évaluer l'intérêt de la diffusion de la fiche informative.

Je vous remercie d'avance du temps que vous accorderez à mon travail de thèse.

*** Pouvez-vous indiquer votre mois et année de naissance suivis de votre numéro de département ? (ex 2011/87)**

*** Quel âge avez-vous ?**

*** Etes-vous :**

- un homme
 une femme

*** Où exercez-vous ?**

- milieu rural
 milieu semi-rural
 milieu urbain

*** En moyenne, combien de nourrissons (< 2 ans) voyez-vous par mois ?**

- < 5
- 5-10
- > 10

*** Parmi eux, avez-vous été confronté à des déformations crâniennes positionnelles (DCP) ?**

- oui
- non

*** Quels sont, d'après vous, les facteurs de risque de DCP ?**

- prématurité
- allaitement maternel
- torticolis congénital
- contraintes mécaniques in utero (position en siège, gémellité, oligoamnios...)
- sexe féminin
- déficit d'interaction

*** Pour vous, quelles sont les complications des DCP ?**

- préjudice esthétique
- retard de développement
- microcéphalie
- persistance à l'âge adulte
- aucune

*** Pensez-vous utile de donner aux parents des conseils concernant les DCP :**

- de façon systématique lors de la visite des 15 jours
- à l'apparition d'une DCP
- avant la naissance, lors des cours de préparation à l'accouchement
- uniquement si les parents posent la question

Quel(s) conseil(s) avez-vous donné(s) ou donneriez-vous pour prévenir les DCP ?

- retirer le tour de lit
- faire dormir l'enfant sur le ventre ou de profil
- alterner le bras pour donner le biberon
- utiliser un coussin anti-tête plate
- en journée laisser l'enfant sur le dos
- stimulations visuelles et auditives

*** En cas de DCP avérée, que prescririez-vous en première intention ?**

Annexe 2. Le second questionnaire

Madame, Monsieur,

Vous avez eu l'amabilité de répondre au premier questionnaire concernant les déformations crâniennes positionnelles (DCP) du nourrisson.

Comme promis, voici une fiche informative reprenant les éléments clés pouvant vous aider dans votre prise en charge.

Je vous saurai gré de bien vouloir remplir le 2ème questionnaire, qui servira à évaluer l'intérêt de cette fiche :

<https://ee.kobotoolbox.org/x/fws5UE5Z>

Je vous remercie d'avance du temps que vous accorderez à nouveau à mon travail de thèse.

*** Pouvez-vous indiquer votre mois et année de naissance suivis de votre numéro de département ? (ex 2011/87)**

*** Quel âge avez-vous ?**

*** Etes-vous :**

- un homme
 une femme

*** Où exercez-vous ?**

- milieu rural
 milieu semi-rural
 milieu urbain

*** En moyenne, combien de nourrissons (< 2 ans) voyez-vous par mois ?**

- < 5
- 5-10
- > 10

*** Parmi eux, avez-vous été confronté à des déformations crâniennes positionnelles (DCP) ?**

- oui
- non

*** Quels sont, d'après vous, les facteurs de risque de DCP ?**

- prématurité
- allaitement maternel
- torticolis congénital
- contraintes mécaniques in utero (position en siège, gémellité, oligoamnios...)
- sexe féminin
- déficit d'interaction

*** Pour vous, quelles sont les complications des DCP ?**

- préjudice esthétique
- retard de développement
- microcéphalie
- persistance à l'âge adulte
- aucune

*** Pensez-vous utile de donner aux parents des conseils concernant les DCP :**

- de façon systématique lors de la visite des 15 jours
- à l'apparition d'une DCP
- avant la naissance, lors des cours de préparation à l'accouchement
- uniquement si les parents posent la question

Quel(s) conseil(s) avez-vous donné(s) ou donneriez-vous pour prévenir les DCP ?

- retirer le tour de lit
- faire dormir l'enfant sur le ventre ou de profil
- alterner le bras pour donner le biberon
- utiliser un coussin anti-tête plate
- en journée laisser l'enfant sur le dos
- stimulations visuelles et auditives

*** En cas de DCP avérée, que prescrieriez-vous en première intention ?**

La fiche informative vous a-t-elle été utile ?

oui

non

PLAGIOCEPHALIE DU NOURRISSON

Facteurs de risque

- Primiparité
- Sexe M
- Contraintes mécaniques in utero (siège, grossesse multiple)
- Prématurité
- Délivrance instrumentale



Normal



Plagiocephaly



Brachycephaly

Diagnostic

- Côté préférentiel
- Torticolis (rotation complète active impossible)
- A rechercher **dès la visite des 15 jours** (avant l'aplatissement !) et tous les mois jusqu'à 6 mois.



Prise en charge

- Réassurance parentale (absence de pronostic fonctionnel)
- Kinésithérapie précoce (< 4 mois) +++
- En association avec l'application/ le renforcement **des mesures de prévention**
- +/- ostéopathie
- Si échec : orthèse crânienne (efficacité non démontrée) en centre spécialisé



Prévention

- Continuer à coucher le bébé **sur le dos +++**
- Éviter les transats, tours de lit, cale-bébé, cosy sur une longue durée... qui **limitent la mobilité spontanée** du nourrisson
- **Alterner les positions** lors du biberon et dans le lit (pieds-tête)
- Favoriser la **position ventrale** lors des périodes d'éveils, sous surveillance, avec stimuli sonores et visuels des deux côtés



Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Résumé

Le nombre de déformations crâniennes positionnelles (DCP) du nourrisson a largement augmenté depuis les recommandations de couchage sur le dos. Elles peuvent être prévenues grâce à des conseils posturaux faciles à mettre en place, et sont dans la grande majorité des cas résolutive avec une kinésithérapie précoce et adaptée. L'objectif était d'évaluer les connaissances des médecins généralistes (MG) et l'intérêt de la diffusion d'une fiche informative à destination des médecins.

Méthode : étude descriptive et analytique avant/après intervention, avec envoi d'un questionnaire, d'une fiche informative, et d'un second questionnaire par mail auprès des MG inscrits aux CDOM de l'ex-région Limousin, entre avril et juillet 2022.

Résultats : 63 questionnaires ont été étudiés avant la diffusion de la fiche. Les facteurs de risque étaient méconnus, 70% des médecins n'abordaient le sujet qu'à l'apparition de la DCP, les conseils n'étaient pas adaptés dans 30% des cas, et la kinésithérapie était sous-prescrite (40%). Après diffusion de la fiche, 47 questionnaires ont été étudiés. Les facteurs de risque étaient assimilés, les médecins abordaient le sujet de façon plus précoce, les conseils donnés étaient plus adaptés et la kinésithérapie plus largement prescrite (70%).

Discussion : il existe un manque de connaissances des MG au sujet des DCP et de leur prise en charge, qui semble s'améliorer après la diffusion d'une fiche informative.

Mots-clés : plagiocéphalie, nourrisson, déformations crâniennes positionnelles, conseils posturaux, prévention, médecine générale

Plagiocephaly in Newborns: Knowledges of General Practioners and interest of developing an informative sheet.

The number of positional cranial deformations (PCD) in newborns has strongly increased since the black sleeping recommandations. They can be prevented thanks to postural advice easy to do, and most of them are resolute with early and aproppriate physiotherapy. The objective was to evaluate the knowledge of General Practioners (GP) and the interest of developing information sheet for them.

Method: descriptive and analytical study before/after intervention, with e-mailing a first questionnaire, an information sheet, and a second questionnaire to GP registered in the CDOM of former region Limousin, between April and July 2022.

Results: 63 questionnaires have been studied before the sheet's dissemination. Risk factors were unknown, 70% of GP faced the matter only when PCD appeared, advice was not adjusted in 30% of the cases, and physiotherapy was under-prescribed (40%). After the sheet's spread, 47 questionnaires have been studied. Risk factors were assimilated, doctors faced the matter earlier, advice was more adequate, and physiotherapy more often prescribed (70%).

Discussion: there is a lack of knowledge among GP about PCD and patient care, who seems to improve after the dissemination of an information sheet.

Keywords : plagiocephaly, newborn, positional cranial deformations, postural advice, prevention, general practice

