

UNIVERSITÉ TOULOUSE III - Paul SABATIER

FACULTES DE MEDECINE

Année 2016

2016-TOU3-1010

# THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

---

**Présentée et soutenue publiquement à Toulouse le 16 février 2016**

**Par Aurélie TAMALET**

---

**PREVENTION DE LA PLAGIOCEPHALIE  
POSITIONNELLE**

**Etude descriptive quantitative auprès des jeunes parents de  
Haute Garonne**

---

**DIRECTEUR DE THESE: Madame le Docteur Leila LATROUS**

<b><u>JURY :</u> Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC</b>	<b>Président</b>
<b>Monsieur le Professeur Franck-Emanuel ROUX</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur Motoko IRI-DELAHAYE</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur Pierre BOYER</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur Leila LATROUS</b>	<b>Assesseur</b>

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2015**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHE Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTHE F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FORTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIE	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

**Professeurs Émérites**

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTE	Professeur Y. LAZORTHE
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		
		<b>P.U.</b>	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique	M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Toxicologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme MAZEREUEW Juliette	Dermatologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROSTAING Lionel (C.E)	Néphrologie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

<b>M.C.U. - P.H.</b>		<b>M.C.U. - P.H</b>	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	M. GASQ David	Physiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	Mme LEOBON Céline	Cytologie et histologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
M. MONTOYA Richard	Physiologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB Janie	Biochimie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie		
M. TAFANI Jean-André	Biophysique		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement	M. BISMUTH Serge	<b>M.C.U.</b> Médecine Générale
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire	Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry  
Dr ABITTEBOUL Yves  
Dr CHICOULAA Bruno  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel  
Dr BOYER Pierre  
Dr ANE Serge

## REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Oustric Stéphane,

Vous me faites aujourd'hui l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse. Merci pour votre investissement dans la formation des internes de médecine générale Toulousains. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Roux Franck-Emmanuel,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail. Soyez assuré de ma reconnaissance pour vos compétences et votre humanisme et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Boyer Pierre,

Je vous remercie pour votre présence et pour vos bons conseils lors de la soutenance de mon mémoire et de m'accompagner sur ce même sujet en acceptant de juger mon travail de thèse. Veuillez être assuré de ma très sincère gratitude et de mon plus profond respect.

A Madame le Docteur Delahaye Motoko,

Merci d'avoir été là et de m'avoir guidée dans le choix du sujet et de ma directrice de thèse. Merci pour votre écoute bienveillante et vos connaissances. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À ma directrice de thèse, le Docteur Latrous Leila,

Je te remercie pour ta disponibilité, ton soutien et ta motivation tout au long de ce travail. Merci pour toute l'aide que tu m'as apportée afin de mener à bien cette étude. Je te remercie pour ta patience et tes relectures. Ce fut un réel plaisir de travailler avec toi et je te fais part de mon profond respect pour la femme et le médecin que tu es.

Aux médecins que j'ai rencontrés tout au long de mon parcours et qui m'ont fait découvrir et aimer mon métier. Je pense tout particulièrement aux docteurs Paul Mignot et Marc Lorrain, mais aussi aux docteurs Allias, Demouix, Labarthe et Volle-Couderc avec qui j'ai beaucoup partagé.

A tous mes collègues que j'ai rencontrés lors de mon internat ou lors de mes remplacements et que dont je garde un super souvenir.

A tous mes amis, notamment Caroline et Audrey pour leur aide dans ce travail.

A mes parents et à mon frère Clément qui m'ont soutenue aussi bien financièrement que psychologiquement tout au long de mes études, avec toute la patience et le courage dont ils ont fait preuve. Ce travail vous est dédié. Merci pour tout...

A ma grand-mère, mes oncles, tantes et cousins pour leur soutien et leur amour.

A mes grand-parents disparus, qui, je suis sûre, sont très fiers de moi et de mon travail. Vous me manquez et je vous aime.

A mon Choupi, pour son amour, sa présence, son soutien et son aide au quotidien. Je t'aime et te remercie pour le magnifique petit garçon que tu m'as donné. Eliot, mon amour, ma fierté, mon inspiration...

A Claire, mon amie, ma confidente. Merci pour ton soutien, tes sourires, ta gentillesse et tout ce qu'on a partagé ensemble.

A Laure, ma petite femme, ma vieille amie. Merci pour tes relectures et tes traductions. Merci pour tout ce qu'on a partagé ensemble.

A Jo, je n'ai pas de mot, tu es mon dieu.

A ma crevette....

# TABLE DES MATIERES

<b>TABLE DES MATIERES</b>	<b>1</b>
<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>4</b>
1.1. DÉFINITION	4
1.2. DIAGNOSTIC	4
1.3. ÉPIDÉMIOLOGIE	5
1.4. MESURES DE PRÉVENTION	6
1.5. COMPLICATIONS	7
1.6. TRAITEMENT	9
1.6.1. LE POSITIONNEMENT	9
1.6.2. LA KINÉSITHÉRAPIE	10
1.6.3. OSTÉOPATHIE	10
1.6.4. CRANIOPLASTIE EXTERNE	11
1.7. PROBLÉMATIQUE	14
<b>2. MATERIEL ET METHODE</b>	<b>16</b>
2.1. TYPE D'ÉTUDE	16
2.2. LA REVUE DE LA LITTÉRATURE	16
2.3. ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE	17
2.4. DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE	18
2.5. RECUEIL DES DONNÉES	18
2.6. ANALYSE STATISTIQUE	18
<b>3. RESULTATS</b>	<b>19</b>
3.1. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION CIBLE	19
3.1.1. TAUX DE PARTICIPATION	19

3.1.2.	ÂGE DES PARTICIPANTS	19
3.1.3.	SEXE	19
3.1.4.	NOMBRE D'ENFANTS	20
3.1.5.	ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE	20
<b>3.2.</b>	<b>PRÉVALENCE DE LA PLAGIOCÉPHALIE</b>	<b>20</b>
<b>3.3.</b>	<b>SENTIMENT D'AVOIR ÉTÉ INFORMÉ SUR LES MESURES DE PRÉVENTION</b>	<b>20</b>
<b>3.4.</b>	<b>CONNAISSANCE DES MOYENS DE PRÉVENTION DE LA PLAGIOCÉPHALIE POSITIONNELLE</b>	<b>21</b>
3.4.1.	CONCERNANT LE COUCHAGE	21
3.4.2.	CONCERNANT LES LIEUX POUR LES TEMPS DE SIESTE	21
3.4.3.	CONCERNANT LES PÉRIODES D'ÉVEILS	22
3.4.4.	QUALITÉ DE L'INFORMATION RETENUE PAR LES PARENTS	22
<b>3.5.</b>	<b>L'INFORMATEUR PRINCIPAL</b>	<b>23</b>
<b>3.6.</b>	<b>QUALITÉ DE L'INFORMATION RETENUE EN FONCTION DE L'INFORMATEUR PRINCIPAL</b>	<b>24</b>
<b>3.7.</b>	<b>PLACE DE LA CONSULTATION MÉDICALE DANS LA PLAGIOCÉPHALIE</b>	<b>25</b>
3.7.1.	CONSULTATION EN CAS DE PLAGIOCÉPHALIE	25
3.7.2.	CONSULTATION EN CAS DE TORTICOLIS	25
<b>3.8.</b>	<b>PLACE DE LA CONSULTATION OSTÉOPATHIQUE DANS LA PLAGIOCÉPHALIE</b>	<b>26</b>
<b>3.9.</b>	<b>BESOIN D'INFORMATION</b>	<b>26</b>
<b>3.10.</b>	<b>PLACE DES PROFESSIONNELS DANS L'INFORMATION</b>	<b>26</b>
<b>4.</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>27</b>
<b>4.1.</b>	<b>FORCE DE L'ÉTUDE</b>	<b>27</b>
4.1.1.	CHOIX DU SUJET	27
4.1.2.	POPULATION CIBLE	27
4.1.3.	INTÉRÊT DES PARENTS POUR LE QUESTIONNAIRE	28
<b>4.2.</b>	<b>FAIBLESSE DE L'ÉTUDE</b>	<b>28</b>
<b>4.3.</b>	<b>ANALYSE DES RÉSULTATS</b>	<b>29</b>
4.3.1.	INFORMATION DES JEUNES PARENTS	29
4.3.2.	PRÉVALENCE DE LA PLAGIOCÉPHALIE	30
4.3.3.	CONNAISSANCE DES MESURES DE PRÉVENTION	30
4.3.3.1.	Le couchage	30
4.3.3.2.	Les temps de sieste	31
4.3.3.3.	Les périodes d'éveils	31
4.3.4.	INFORMATEUR PRINCIPAL	32

4.3.5. QUALITÉ DE L'INFORMATION EN FONCTION DES INFORMATEURS	34
4.3.6. PLACE DE LA CONSULTATION MÉDICALE DANS LA PLAGIOCÉPHALIE	35
4.3.7. BESOIN D'INFORMATION	35
<b>5. CONCLUSION</b>	<b>36</b>
<b>6. BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>37</b>
<b>ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE</b>	<b>41</b>
<b>ANNEXE 2 : BROCHURE ENVOYÉE AUX CRÈCHES</b>	<b>43</b>

# 1. INTRODUCTION

## 1.1. Définition

La plagiocéphalie désigne de manière générale une asymétrie crânienne. Il existe deux types de plagiocéphalie qui sont :

- La plagiocéphalie positionnelle (PP) résultant de l'application de forces externes sur le crâne malléable du nourrisson. Celle-ci a tendance à s'atténuer avec l'âge et reste pour la majorité des auteurs une pathologie bénigne (1)(2). Elle fait l'objet de ce travail de thèse.
- La plagiocéphalie par craniosténose résultant de la fusion prématurée des sutures du crâne entraînant des complications neurologiques et dont le traitement est souvent chirurgical (2).

## 1.2. Diagnostic

La recherche de PP devrait être systématique chez le nourrisson de moins de un an. Le diagnostic est clinique et le recours aux examens radiologiques est le plus souvent inutile. Ils relèvent du domaine du spécialiste et permettent le diagnostic différentiel de craniosténose en cas de doute (1).

En regardant le crâne du nourrisson du dessus, la PP réalise un plat occipital. Celui-ci est généralement associé à une bosse occipitale controlatérale et à une avancée du front et de l'oreille homolatérale au plat. Le crâne a typiquement une forme de parallélogramme, par opposition à la craniosténose par suture lambdoïde où le crâne prend la forme d'un trapèze (1).

La mesure des amplitudes cervicales actives et passives et le test du tabouret tournant permettent de dépister un torticolis très souvent à l'origine de la plagiocéphalie (1)(2).

### **1.3. Épidémiologie**

En 1992, l'American Academy of Pediatrics (AAP) a recommandé de coucher les nourrissons sur le dos afin de prévenir la mort subite du nourrisson (MSN). Cela a permis de faire considérablement chuter le taux d'incidence de la MSN (3).

Suite à ces recommandations, les centres de chirurgie cranio-faciale infantile ont vu le nombre de plagiocéphalies positionnelles augmenter par rapport aux plagiocéphalies par craniosténoses (4). Un lien avec la campagne de prévention de la mort subite du nourrisson a été mis en cause. Cependant, dans une revue de la littérature de 2008, Biolocerkowski note une prévalence de la plagiocéphalie positionnelle à un an relativement stable au cours des 40 dernières années (6.8%) (5).

La prévalence varie selon les études et aucune n'a été réalisée en soins primaires. Selon l'étude de Boere-Boonekamp et al. (6), la prévalence serait de 9,9% chez les nourrissons de 1 à 6 mois. Elle serait également de 22,1% à 7 semaines de vie selon Van Vlimmeren et al. (7).

Selon Peitsch et al. (8), 13% des nouveau-nés présentent une plagiocéphalie à la naissance. Elle serait due à des contraintes reçues par le crâne du bébé in utero ou lors de l'accouchement. Plusieurs facteurs de risques prénataux ont été dégagés dans de nombreuses études:

- primiparité (7)(8)
- travail prolongé (8)(5)
- délivrance instrumentale (8)(5)
- grossesses multiples (8)(5)
- sexe masculin (7)(8)(9)(5)
- prématurité (9)(5)
- anomalies congénitales (8)

D'après une étude de cohorte prospective menée par Hutchison en 2004 (10), la prévalence varie avec l'âge : elle est de 16% à 6 semaines, atteint son maximum à 4 mois (19,7%) puis décroît progressivement pour arriver à 3,3% à 2 ans.

Selon Mulliken (11), la plagiocéphalie positionnelle acquise en post-natal est généralement diagnostiquée entre le 2ème et 3ème mois de vie.

La plagiocéphalie peut persister dans le temps. En effet, on retrouve dans la littérature une plagiocéphalie persistante à l'âge de 3 ans dans 25% des cas (2). Des facteurs de risques post-nataux sont actuellement clairement reconnus :

- sexe masculin (9)
- faible niveau d'activité du nourrisson (10)(9)
- retard de développement psychomoteur (7)(9)
- méplat occipital à la naissance (8)
- position préférentielle sans substratum anatomique (10)
- torticolis congénital (10)(9)(12)
- anomalie congénitale (8)
- position de couchage sur le dos (10)(9)
- non variation de la tête pendant le sommeil (10)(9)
- utilisation excessive des transats et des sièges auto (7)(10)
- temps passé sur le ventre insuffisant (7)(12)
- allaitement artificiel exclusif (7)

#### **1.4. Mesures de prévention**

Devant « l'épidémie » de plagiocéphalie positionnelle des années 90, l'American Academy of Pediatrics (13) a ajouté de nouvelles recommandations afin de prendre en compte le risque de déformation crânienne associé au couchage sur le dos. Elles reviennent à lutter contre les facteurs de risques modifiables de la PP :

- alterner la position de la tête du nourrisson pendant le sommeil
- sous surveillance, placer régulièrement le nourrisson sur le ventre dès sa naissance pendant les temps d'éveil
- éviter l'usage excessif des sièges auto et des transats

- varier la position du bébé lors des repas
- porter une attention particulière au bébé présentant un retard de développement psychomoteur.

Le concept de motricité libre développé par Emmi Pikler en 1930 est tout à fait compatible avec ces recommandations. Il s'agit de laisser évoluer le bébé dans des conditions adéquates de liberté de mouvement sans interventions modificatrices de la part de l'adulte (14). La motricité libre est favorisée en plaçant bébé :

- sur le dos
- avec des vêtements relativement amples
- sur un plan dur et sécurisé
- avec des jouets disposés au sol autour de lui

Pour inciter l'enfant à se tourner, l'attention du bébé devrait être attirée régulièrement d'un côté puis de l'autre

Une étude prospective multicentrique interventionnelle contrôlée a montré qu'une stratégie de prévention primaire basée sur le concept de motricité libre et sur les recommandations de l'AAP diminue significativement la prévalence de la plagiocéphalie positionnelle à 4 mois (13% dans le groupe intervention versus 31% dans le groupe contrôle) (15).

### **1.5. Complications**

La principale complication de la plagiocéphalie est le préjudice esthétique.

Cependant une étude de cohorte prospective a montré qu'à 5 ans, les parents se sentent beaucoup moins préoccupés par l'apparence physique de leur enfant malgré la persistance d'un certain degré de déformation (16). Le nombre d'adultes ayant recours à la chirurgie pour des raisons esthétiques est exceptionnel.

D'autres complications sont soupçonnées par des études mais aucun lien de cause à effet n'a encore été établi :

- Des asymétries de la mâchoire (17)
- Des complications ophtalmologiques : la prévalence de l'astigmatisme serait plus élevée qu'en population générale (18).
- Complications auditives : Une malposition des oreilles pourrait logiquement affecter le drainage de la trombe d'eustache. En 2009 une étude cas témoins rétrospective menée par Purzycki et al. retrouve un lien possible entre otite et sévérité de la plagiocéphalie, mais la causalité n'a pas pu être statistiquement établie. Des troubles de l'audition ont été statistiquement plus élevés chez les enfants atteints de PP (19).
- Anomalie de la statique vertébrale (20)
- Complications neuro-développementales : Il existe de nombreuses études à ce sujet mais celles-ci sont discutées.

En 2009, Hutchison (16) mène une étude de cohorte descriptive sur 287 enfants atteints de déformation crânienne et retrouve un retard de développement psychomoteur global plus élevé que dans la population générale. Les auteurs soupçonnent que ce retard soit davantage lié à la position dorsale qui favoriserait moins l'activité du nouveau-né.

En 2006, Kordenstani réalise une analyse ajustée sur de probables cofacteurs (petit poids, prématurité, torticolis, malformation, etc.) et ne trouve pas de retard psychomoteur. Les auteurs concluent que la PP n'est probablement pas seule responsable de ce retard constaté dans les études (21).

Certaines études ont tenté de savoir si ces retards persistaient dans le temps, mais elles comportaient de nombreux biais méthodologiques :

- Hutchison (16) étudie l'évolution du crâne, du développement moteur et la préoccupation des parents dans une étude longitudinale prospective sur 4 ans. 61% des asymétries crâniennes ont disparu (4% sont restées sévères). La préoccupation des parents concernant la plagiocéphalie est considérablement diminuée. Le taux d'enfants présentant un retard de développement est passé de

41% à 11% mais les données ont été recueillies par un questionnaire rempli par les parents.

- En 2013, Collett et al. (22) mènent une étude prospective contrôlée randomisée. 224 enfants atteints de plagiocéphalie ont été suivis jusqu'à l'entrée en maternelle et comparés à un groupe contrôle. A 3 ans, les troubles du développement étaient statistiquement plus élevés dans le groupe PP que dans le groupe témoin, en particulier les troubles du langage. Ces retards n'étaient pas corrélés à la sévérité de la plagiocéphalie. Le lien de causalité n'est toujours pas établi mais les auteurs concluent que la plagiocéphalie est un facteur de risque de retard de développement et qu'il paraît pertinent d'être attentif à l'évolution de ces enfants.

## **1.6. Traitement**

Le traitement est plus efficace s'il commence tôt, soit généralement avant 4 mois (23). Cela s'explique par la croissance du crâne qui s'effectue plus rapidement jusqu'à 4 mois (2cm/mois contre 0,5cm/mois après 6 mois) (24).

### **1.6.1. Le positionnement**

Lorsqu'une plagiocéphalie est diagnostiquée, les mesures de positionnement visent à diminuer les forces de pressions extérieures sur le crâne du nourrisson. Plusieurs conseils ont été tirés sur la base d'études épidémiologiques (7)(10). Il s'agit de lutter contre les facteurs de risques « modifiables » :

- Coucher le nourrisson sur le dos tout en veillant à ce que la tête soit tournée sur le côté non plat.
- Stimuler de ce même côté lors des temps d'éveil et lors des repas.
- Lors des temps d'éveil, placer régulièrement le bébé sur le ventre afin de renforcer ses chaînes postérieures et ainsi accélérer son développement moteur.
- Le temps passé dans le transat ou le cosy est à limiter au strict minimum.

Hutchinson et al. (16) retrouvent 42% de normalisation des plagiocéphalies après 1 an de positionnement et 80% d'amélioration satisfaisante.

### 1.6.2. La kinésithérapie

La kinésithérapie trouve sa place en cas de torticolis ou de position préférentielle et consiste en des exercices quotidiens de mobilisation passive du rachis cervical.

En 2008, Van Vlimmeren et al. mènent une étude contrôlée et randomisée (25) évaluant l'efficacité de la kinésithérapie associée aux conseils de positionnement versus prévention de base. Le taux de plagiocéphalies sévères était statistiquement plus bas à 6 mois dans le groupe intervention (56% versus 30%  $p < 0,05$ ).

### 1.6.3. Ostéopathie

L'ostéopathie regroupe un ensemble de pratiques diverses proposées par des professionnels bénéficiant de formations hétérogènes. L'usage professionnel du titre d'ostéopathe est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie délivré par un établissement de formation agréé par le ministère de la santé (26). Les ostéopathes sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. Ces manipulations sont musculo-squelettiques et myo-fasciales et, donc, exclusivement manuelles et externes (27).

Les os de la voûte crânienne sont réunis par des sutures qui permettent la mobilité du crâne. Les dures mères crânienne et spinale sont en continuité et maintenues par des appareils membraneux appelés « haubans ». L'ostéopathe possède des compétences spécifiques pour agir sur les dysfonctionnements crâniens et traiter les plagiocéphalies (28).

Dans un premier temps, l'ostéopathe détermine la mobilité de ces sutures en fonction de la respiration de l'enfant par la palpation des os du crâne. En cas d'immobilité des sutures responsables de la déformation, il exercera une pression douce sur les zones les

plus résistantes pour redonner une certaine mobilité aux os du crâne. Mais les manipulations peuvent également comprendre la colonne vertébrale et le bassin en raison d'une séquence déformative liée aux haubans qui relie l'ensemble du crâne et de la colonne. Le rythme des séances dépend de l'amélioration clinique et de la précocité de la prise en charge (28).

L'ostéopathie est considérée comme une alternative dans la prise en charge de la plagiocéphalie et reste très plébiscitée par les parents. En effet, les enfants de moins de 2 ans représentent 10% des consultations en ostéopathie (27). Les principaux motifs de consultation seraient les coliques et les troubles posturaux.

Selon un rapport INSERM publié en 2012 (27), les réponses apportées par l'ostéopathie sont potentiellement efficaces dans les douleurs d'origine vertébrale, mais sans supériorité prouvée par rapport aux alternatives plus classiques.

Une étude contrôlée randomisée réalisée à l'université d'Heidelberg a inclus 32 nourrissons âgés de 6 à 12 semaines présentant des postures asymétriques. Ces derniers ont été traités ou non par ostéopathie à raison d'une séance par semaine pendant un mois. A la fin du traitement, une analyse morphologique des nourrissons a été réalisée selon une échelle standardisée allant de 4 à 24 points. Les nourrissons ayant reçu le traitement ostéopathique ont une amélioration plus importante de leur posture (5,9 points versus 1,2). Néanmoins, des études sur de plus larges échantillons sont nécessaires pour confirmer cette étude (29).

#### 1.6.4. Cranioplastie externe

Dans les cas de plagiocéphalies sévères ou réfractaires à un traitement conservateur, une orthèse crânienne peut être proposée (23)(24). Le casque est porté 23 heures par jour et peut s'associer à une dermatite de contact, à des plaies de pression et à une irritation cutanée localisée (23).

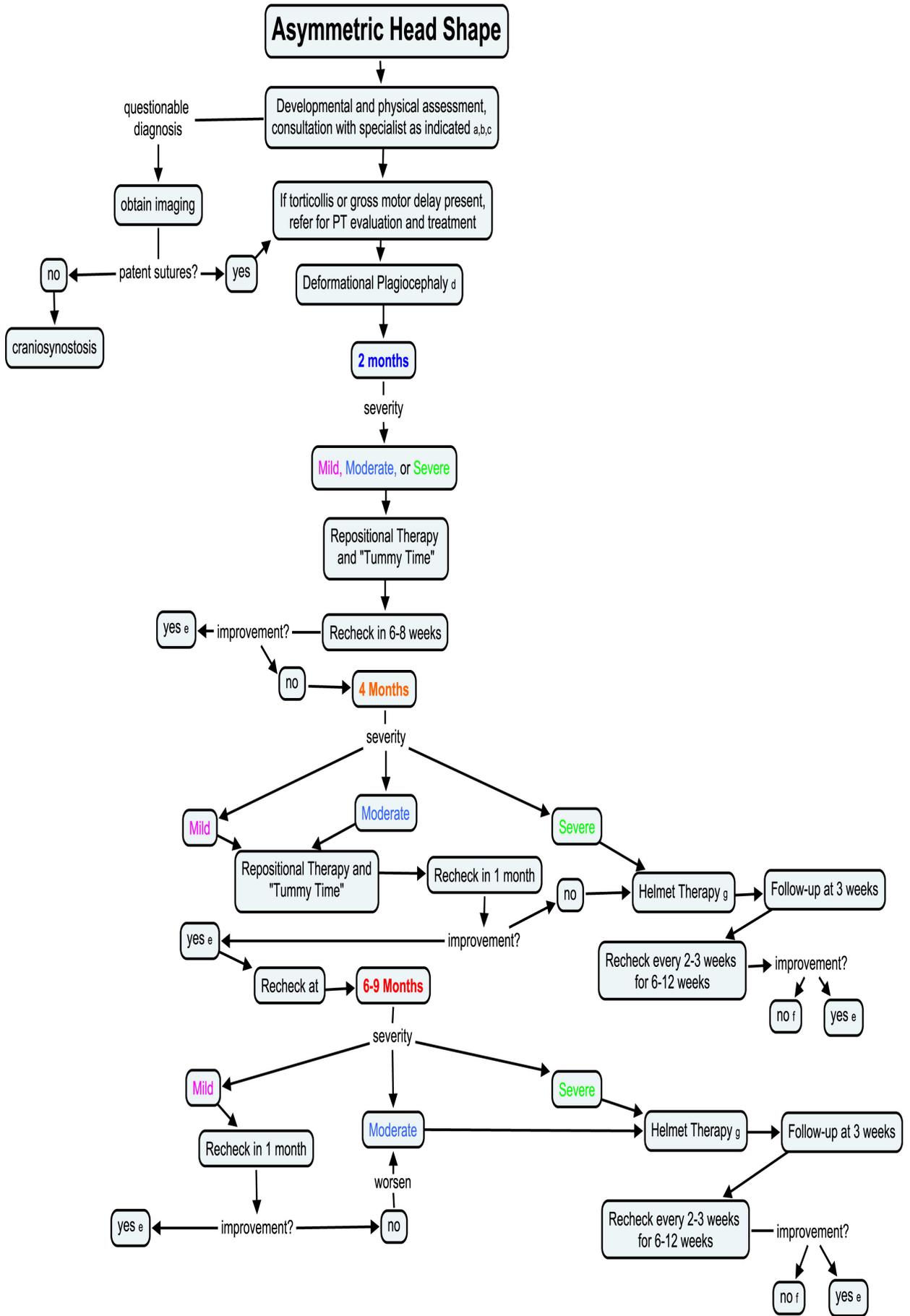
Les études comparant les bienfaits de la thérapie par moulage à ceux de la thérapie par positionnement comportent plusieurs failles. Les études publiées contiennent des biais potentiels qui limitent les conclusions (30). Il n'existe aucun essai aléatoire, et les meilleures données probantes jusqu'à maintenant proviennent d'études de cohorte

(31)(11). Les failles méthodologiques incluaient, dans le groupe de thérapie par moulage, une asymétrie plus marquée, la présence d'enfants plus âgés et l'inclusion d'enfants qui n'avaient pas « répondu » à la thérapie par position. De plus, il n'y avait pas de méthode uniforme ou objective pour évaluer la gravité de l'asymétrie crânienne (32).

Si l'on tient compte de ces limites, les données probantes indiquent que le taux d'amélioration de la forme du crâne favorise le traitement par moulage. Une étude a démontré une amélioration 1,3 fois supérieure si l'asymétrie crânienne est traitée par moulage par rapport au positionnement (33).

Le recours à la thérapie par moulage est coûteux et actuellement non remboursé par la CPAM en France.

En 2012, un article publié dans *Journal of Pediatric Health Care* (24) propose un outil décisionnel pour le traitement de la plagiocéphalie basé sur des preuves scientifiques (voir page suivante) :



## 1.7. Problématique

La plagiocéphalie est rarement un motif de consultation. Elle est plutôt évoquée lors des visites systématiques des premiers mois. D'ailleurs, 94% des médecins généralistes ont été confrontés à la plagiocéphalie au moins une fois (34) et 22% des médecins généralistes pensent qu'elle préoccupe de plus en plus les parents (35).

L'évolution naturelle de la plagiocéphalie montre qu'elle ne régresse pas toujours spontanément avec le temps. Cependant, les plagiocéphalies sont rarement handicapantes sur le plan esthétique à l'âge adulte (36). Les complications évoquées dans la littérature sont largement débattues et aucune relation de cause à effet n'a été mise en évidence jusqu'à présent. La plagiocéphalie positionnelle est donc une pathologie jugée bénigne.

Devant cette pathologie bénigne à caractère anxigène, il est fréquent que les parents recourent à l'ostéopathie (10% des consultations en ostéopathie concernent un enfant de moins de 2 ans (27)). Depuis peu, les orthèses crâniennes se développent en France. Actuellement, seuls Toulouse et Lyon proposent ce traitement. L'efficacité de ces orthèses n'est pas encore établie. Les dépenses de soins engendrées par les consultations d'ostéopathie et les orthèses ne sont pas prises en charge et engendrent un coût non négligeable pour les familles.

Ayant été personnellement confrontée au problème de plagiocéphalie positionnelle, j'ai pris conscience de l'inquiétude que peuvent ressentir les parents. La majorité des médecins rassurent sur l'amélioration spontanée mais les informations manquent concernant les mesures de prévention.

Pourtant, il est couramment admis que le traitement est plus efficace lorsqu'il est débuté avant 4 mois (24). Les mesures de prévention instaurées dès la naissance diminuent significativement les risques de plagiocéphalie positionnelle à 4 mois (15). Les études épidémiologiques (7)(10) ont permis d'établir des recommandations (37)(13) de prévention, et la revue *Prescrire* recommande d'en informer les parents (38). Cependant peu d'études se sont intéressées aux connaissances des jeunes parents à ce sujet.

L'objectif de cette étude est de décrire les informations reçues par les parents concernant les mesures de prévention plagiocéphalie positionnelle et de connaître leur besoin d'information.

## **2. MATERIEL ET METHODE**

### **2.1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive, observationnelle et quantitative. L'objectif principal est de décrire l'information reçue par les jeunes parents en terme de prévention de la plagiocéphalie positionnelle. L'objectif secondaire est de connaître leurs besoins d'information à ce sujet.

La population cible est composée de parents ayant un ou plusieurs enfants de moins de deux ans. Ils ont été recrutés dans les crèches et haltes garderies de Haute-Garonne et ont rempli un court questionnaire que j'ai élaboré.

### **2.2. La revue de la littérature**

Au début de mon travail, j'ai effectué une large bibliographie me permettant de mieux connaître la plagiocéphalie positionnelle : sa définition, ses facteurs de risque, son diagnostic, ses complications, et enfin, sa prévention et son traitement. Les mesures de prévention ont été développées et approfondies dans mon mémoire de DES.

La recherche a été effectuée sur les sites et moteurs de recherche suivants :

- PUBMED, EMC PREMIUM, PASCAL pour les articles et revues
- SUDOC pour les thèses et mémoires
- Les sociétés savantes de pédiatrie et de néonatalogie pour les recommandations
- GOOGLE pour les sites destinés aux parents

Les principaux mots-clés utilisés, en français ou en anglais selon les bases de données, ont été : « plagiocéphalie non synostotique », « prévention », « déformation crânienne », « traitement », « complication », « recommandation », « épidémiologie », « facteur de risques ».

Un premier tour d'horizon a été réalisé à partir d'articles généraux sur la plagiocéphalie, puis les différentes questions ont été détaillées à partir d'études qui m'ont semblées pertinentes à la lecture de leurs résumés.

### **2.3. Élaboration du questionnaire**

Le questionnaire a été conçu sur une feuille de format A4 recto-verso. Il est volontairement court pour que les parents puissent le compléter en moins de 5 minutes (Annexe 1).

Une introduction présente brièvement le projet de l'étude et rappelle la population cible. Cette présentation est suivie d'une définition de la plagiocéphalie positionnelle avec un schéma clair permettant aux parents de comprendre tout de suite l'objet du questionnaire.

La suite du questionnaire contient quatorze questions simples et fermées dont la plupart sont à choix multiple. Il se divise en quatre parties :

*La première partie* recueille des données socio-économiques générales et évalue le nombre de parents personnellement confrontés à la plagiocéphalie avec leur(s) enfant(s).

*La deuxième partie* du questionnaire est dédiée à l'objectif principal et concerne les mesures de prévention. Elle comprend six questions :

- La première recueille le sentiment ou non d'avoir été informé des mesures de prévention de la plagiocéphalie.
- La deuxième comporte plusieurs conseils de prévention répartis en trois catégories (couchage, siestes et temps d'éveil). Certaines affirmations sont vraies, d'autres fausses. Il a été demandé aux parents de cocher les conseils qu'ils ont reçus, le but étant d'évaluer leur niveau d'information mais également les erreurs communément admises.
- La quatrième question cherche à connaître le principal informateur des parents.
- Les cinquième et sixième questions portent sur la nécessité d'une consultation médicale en cas de plagiocéphalie ou d'un torticolis.

*Une troisième partie* vient évaluer la place de l'ostéopathe dans la plagiocéphalie avec une seule question.

Enfin, *la quatrième partie* propose trois questions permettant de répondre à l'objectif secondaire sur le besoin d'information ressenti.

## **2.4. Diffusion du questionnaire**

J'ai procédé au tirage au sort de vingt-cinq crèches à partir du site du Conseil régional. Ce dernier recense tous les établissements de garde comme les crèches et haltes garderies parentales, familiales et collectives, qu'elles soient municipales ou privées.

Les coordonnées de l'ensemble des établissements ont été extraites dans un tableau Excel. Un programme de tirage au sort a été réalisé grâce à ce même logiciel. Un premier tirage contenait un nombre trop important de crèches localisées à Toulouse. J'ai donc effectué un nouveau tirage plus représentatif des villes de Haute-Garonne.

Au mois de janvier 2015, l'ensemble des établissements tirés au sort a été contacté par téléphone pour les informer du projet et recueillir leur consentement pour y participer. Après l'accord de la direction, certaines autorisations ont dû être obtenues de la part de mairies ou de communautés de communes. Les démarches ont été réalisées par courrier électronique.

Dans un second temps, une note explicative et les questionnaires ont été envoyés par e-mail. Les crèches étaient chargées d'imprimer le questionnaire en fonction du nombre d'enfants de moins de deux ans inscrits dans leur établissement et de les distribuer aux parents.

## **2.5. Recueil des données**

Courant février, les établissements ont été contactés par téléphone pour une première relance. Courant mars, les directions de l'ensemble des crèches ont été recontactées une dernière fois pour recueillir les questionnaires. Lors de cet entretien téléphonique nous avons discuté afin de savoir comment l'étude avait été accueillie par les parents. Les questionnaires ont été récupérés pour la plupart en main propre et les autres par courrier.

## **2.6. Analyse statistique**

Les données du questionnaire ont été collectées dans un Tableur Excel et analysées grâce à ce même logiciel. Pour l'analyse de la qualité de l'information, après avoir testé plusieurs seuils, un nombre de bons conseils supérieur à 2 permettait d'avoir des effectifs suffisants et des différences statistiquement significatives. Le test  $\chi^2$  a été utilisé pour le croisement de certaines données avec un seuil de significativité inférieur à 0.05.

## 3. RESULTATS

### 3.1. Caractéristiques de la population cible

#### 3.1.1. Taux de participation

Sur vingt-cinq crèches contactées, dix-neuf ont accepté de participer à l'étude et six ont refusé. Le taux de participation est de 76%.

Les raisons du refus étaient le manque de temps et la peur de rencontrer des difficultés pour mobiliser les parents (4 crèches). Dans les autres cas, le refus venait de la mairie et n'a pas été justifié (2 crèches).

Les crèches étaient équitablement réparties sur le territoire de Haute-Garonne avec six établissements à Toulouse, six dans la banlieue proche de Toulouse et sept en milieu semi-rural.

Au total, 181 questionnaires ont été récupérés, soit en moyenne 9,5 questionnaires par crèche sur une période s'étalant du 15 janvier 2015 au 15 mars 2015.

Lors du dernier entretien téléphonique avec les crèches, les directrices disent n'avoir rencontré aucune difficulté avec les parents lors de la diffusion du questionnaire. La plupart étaient intéressés par le sujet et beaucoup de parents ont évoqué la plagiocéphalie avec les puéricultrices. Il nous a été demandé de leur faire un retour sur les mesures de prévention de la plagiocéphalie sous forme de brochure.

#### 3.1.2. Âge des participants

La moyenne d'âge des parents ayant participé à l'étude est de 32 ans. Les âges sont répartis entre 17 et 49 ans pour une médiane située à 33 ans.

#### 3.1.3. Sexe

88% des parents ayant rempli le questionnaire sont des femmes et 12% des hommes.

#### 3.1.4. Nombre d'enfants

42% des familles sont composées d'un seul enfant, 42% de deux enfants, et 7% de trois enfants. Seulement 4% des parents ont plus de trois enfants.

#### 3.1.5. Activité professionnelle

Les différentes catégories socioprofessionnelles de la population cible sont représentées dans le diagramme suivant :

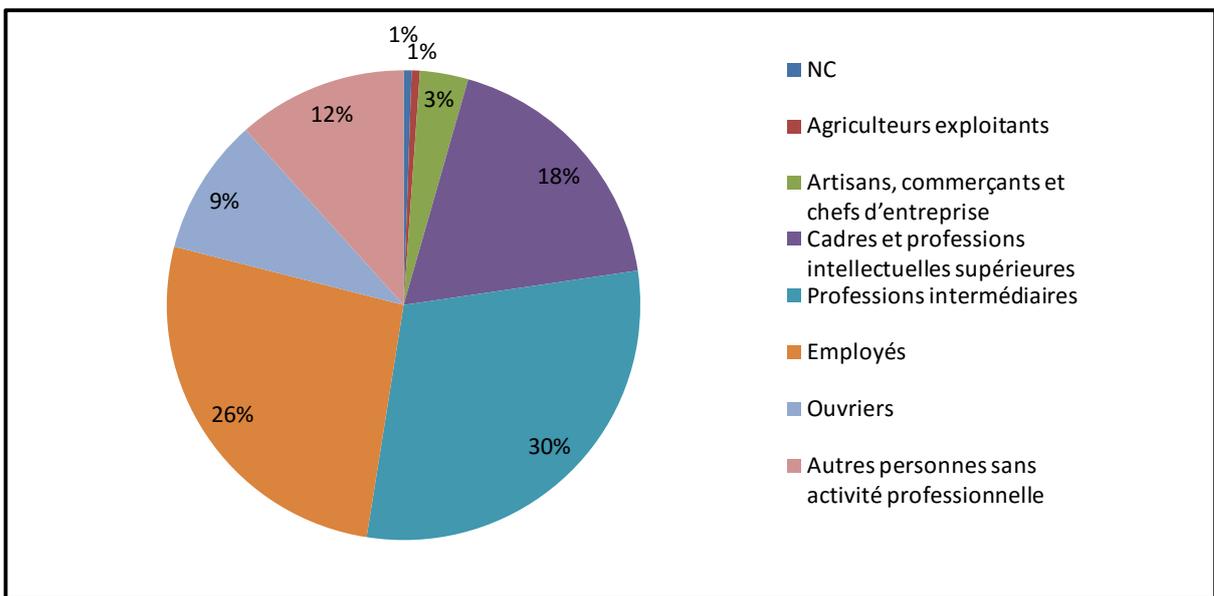


Figure 1: Catégorie socioprofessionnelle des parents

### 3.2. Prévalence de la plagiocéphalie

37% des familles disent avoir un enfant atteint de plagiocéphalie. Rapporté au nombre total d'enfants, la prévalence de la plagiocéphalie dans cet échantillon se situe autour de **22%**.

### 3.3. Sentiment d'avoir été informé sur les mesures de prévention

Seulement **33%** des familles estiment avoir été **informées** des mesures de prévention de la plagiocéphalie positionnelle.

Il n'existe pas de différences statistiquement significatives entre les familles avec un enfant et celles avec plusieurs.

En revanche, les familles ayant eu un enfant **atteint de plagiocéphalie** ont davantage eu le sentiment d'avoir été informées que celles qui n'y ont pas été confrontées (**46%** versus **25%**  $p < 0.05$ ).

Informé des mesures de prévention	Oui	Non
Enfant atteint		
Non	29 (25%)	85 (75%)
Oui	31 (46%)	36 (54%)
Significativité	p=0,004	

Tableau 1 : Information en fonction de la présence ou non de plagiocéphalie chez l'enfant

### **3.4. Connaissance des moyens de prévention de la plagiocéphalie positionnelle**

#### 3.4.1. Concernant le couchage

**18%** des familles déclarent n'avoir reçu aucun conseil sur le couchage du nourrisson.

**62%** ont reçu comme conseil de placer l'enfant sur **le dos** mais seulement **23%** d'entre elles ont eu l'information complétée par la nécessité de **varier** la position de la tête. Seulement **8%** ont reçu le conseil de varier régulièrement la position du lit dans la chambre.

**34%** des familles ont reçu le conseil de coucher le nourrisson sur le **côté**.

**12%** se sont vues recommandées un **coussin** anti-plagiocéphalie.

#### 3.4.2. Concernant les lieux pour les temps de sieste

**55%** n'ont reçu aucun conseil.

**6%** pensent qu'il faut placer le nourrisson dans les cocoon, transat, cosy ou balancelle.

**38%** ont reçu le conseil de placer le nourrisson dans son lit.

### 3.4.3. Concernant les périodes d'éveils

**44%** des familles déclarent n'avoir reçu aucun conseil sur les temps d'éveil.

**31%** ont été informées du bénéfice apporté par le temps passé sur le ventre en dehors du sommeil.

**14%** ont été informées sur la nécessité de varier le côté lors de la prise des biberons.

**29%** ont été sensibilisées sur la nécessité de stimuler régulièrement le nourrisson d'un côté puis de l'autre.

**20%** des parents pensent que l'utilisation régulière du parc est un bon moyen de prévenir la plagiocéphalie positionnelle. **9%** pensent que les cosy et les transats sont bénéfiques lors d'une utilisation régulière.

### 3.4.4. Qualité de l'information retenue par les parents

Parmi les items proposés dans le questionnaire, sept conseils de prévention étaient corrects et cinq étaient erronés.

**29 %** des parents n'ont retenu aucun bon conseil, **45 %** ont retenu entre un et deux bons conseils et **26 %** ont retenu plus de deux bons conseils.

Les parents qui disent avoir été informés retiennent plus de bons conseils que ceux qui disent ne pas avoir été informés (47% versus 17%  $p < 0,05$ )

Nombre de bons conseils	Informés des mesures de prévention	
	> 2 conseils	≤ 2 conseils
Oui	28 (47%)	32 (53%)
Non	20 (17%)	101 (83%)
Significativité	p<0,05	

**Tableau 2: Nombre de bons conseils retenus en fonction de l'information reçue**

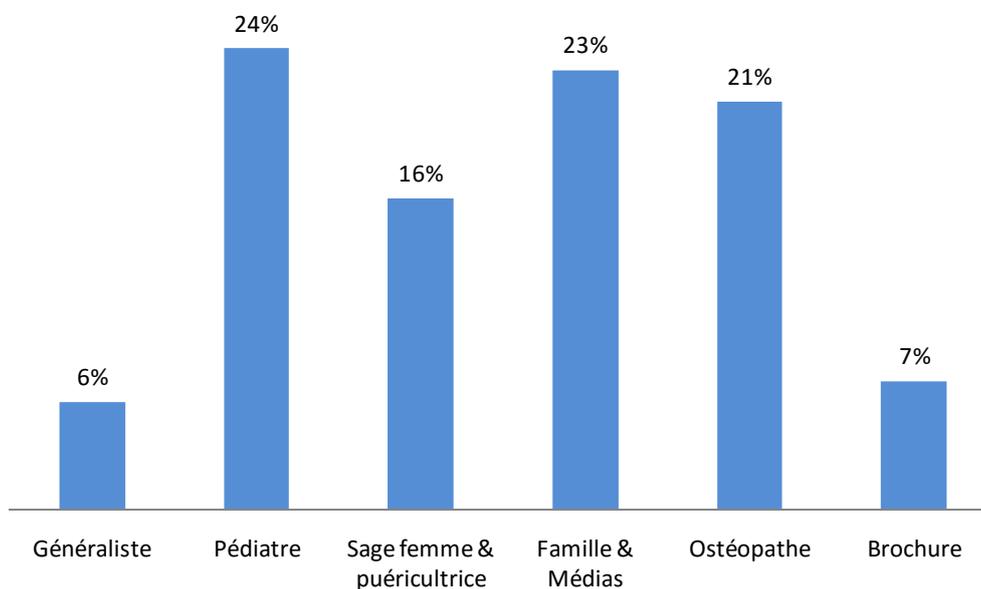
En revanche, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les parents ayant un enfant atteint de plagiocéphalie et les autres.

Enfant atteint	Nombre de bons conseils	
	> 2 conseils	≤ 2 conseils
Oui	16 (33%)	51 (67%)
Non	32 (67%)	89 (33%)
Significativité	p = 0,699	

**Tableau 3 : Nombre de bons conseils retenus en fonction de la présence ou non d'une plagiocéphalie chez l'enfant**

### 3.5. L'informateur principal

A la question « Quel a été votre informateur principal sur les mesures de prévention ? » 24% ont répondu le pédiatre, 23% la famille ou les médias, 21% l'ostéopathe, 16% les sages femmes et puéricultrices, et seulement 6% ont répondu le généraliste.



**Figure 2 : Informateur principal déclaré par les familles**

Les parents ayant répondu « Non » à la question « Avez-vous été informé des mesures de prévention ? » ont quand même retenu quelques conseils. Le plus souvent, ces informations ont été données par les familles et les médias (29%).

Les parents ayant répondu « Oui » à la question « Avez-vous été informé des mesures de prévention ? » ont le plus souvent été informés par l'ostéopathe (37%).

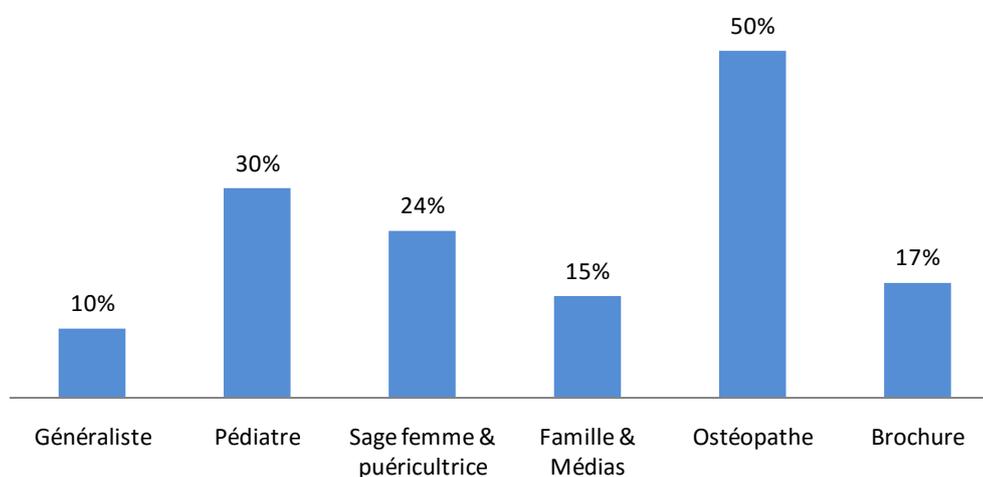
Informés des mesures de prévention \ Informateur principal	Généraliste	Pédiatre	Sage femme / Puéricultrice	Famille/média	Ostéopathe	Brochure
Non	7 (6%)	25 (21%)	22 (18%)	35 (29%)	16 (13%)	8 (7%)
Oui	3 (5%)	18 (30%)	7 (12%)	6 (10%)	22 (37%)	4 (7%)
Total	10 (6%)	43 (23%)	29 (16%)	41 (23%)	38 (21%)	12 (6%)
Significativité	NT	p=0,164	p=0,260	p<0,05	p<0,05	NT

**Tableau 4 : Informateur principal en fonction du sentiment d'avoir été informé**

### **3.6. Qualité de l'information retenue en fonction de l'informateur principal**

Pour l'analyse, nous avons considéré que l'information est correcte lorsque les parents ont retenu plus de deux bons conseils.

Le diagramme suivant représente le pourcentage de parents correctement informés en fonction de l'informateur principal :



**Figure 3 : Pourcentage de parents ayant retenu plus de deux conseils corrects en fonction de l'informateur principal**

Le nombre de parents ayant été informés par une brochure ou par le généraliste était trop faible pour permettre l'application du test  $\chi^2$ . Les autres informateurs ont été appariés deux à deux afin de vérifier que la différence soit significative.

Généraliste	Pédiatre	Sage femme & Puéricultrice	Famille & Médias	Ostéopathe	Brochure	P value
NT	NT	NT	NT	NT	NT	Généraliste
	NT	p=0,968	p=0,236	<b>p=0,012</b>	NT	Pédiatre
		NT	p=0,313	<b>p=0,031</b>	NT	Sage femme & Puéricultrice
			NT	<b>p=0,0007</b>	NT	Famille & Médias
				NT	NT	Ostéopathe
					NT	Brochure

Tableau 5 : Significativité des différences observées entre les informateurs

### 3.7. Place de la consultation médicale dans la plagiocéphalie

#### 3.7.1. Consultation en cas de plagiocéphalie

De manière générale, 85% des familles consulteraient un médecin si leur enfant présentait une plagiocéphalie.

Cependant, les parents ayant un enfant atteint de plagiocéphalie sont seulement 72% à penser que cette consultation est nécessaire, contre 90% pour les parents n'ayant pas d'enfant atteint ( $p < 0.05$ ).

#### 3.7.2. Consultation en cas de torticolis

92% des familles consulteraient si leur enfant présentait des difficultés à tourner la tête d'un côté ou de l'autre.

### **3.8. Place de la consultation ostéopathique dans la plagiocéphalie**

La consultation d'un ostéopathe est systématique dès la naissance pour 39% des familles. Seulement 10% disent ne jamais consulter d'ostéopathe en cas de plagiocéphalie.

En cas de plagiocéphalie, 31% consulteraient l'ostéopathe en parallèle du médecin, 24% le feraient sur avis médical et 6% à la place du médecin.

### **3.9. Besoin d'information**

96% des familles pensent qu'un support écrit sur les mesures de prévention de la plagiocéphalie serait utile et 91% pensent qu'il devrait être complété d'une information orale délivrée par un professionnel de santé.

Concernant le support, 72% considèrent que le carnet de santé serait le plus approprié. Pour 35% il s'agit du dépliant dans les salles d'attente, et pour 29% des affiches.

Les commentaires libres proposent des dépliants remis à la maternité pour une information précoce.

### **3.10. Place des professionnels dans l'information**

Selon les familles, les professionnels de santé les plus à même de conseiller au sujet de la prévention de la plagiocéphalie sont par ordre de fréquence : le pédiatre (58%), les sages femmes et puéricultrices (25%), les généralistes (22%), et enfin l'ostéopathe (16%).

## 4. DISCUSSION

### 4.1. Force de l'étude

#### 4.1.1. Choix du sujet

Le sujet choisi est un problème souvent rencontré en médecine générale et de plus en plus angoissant pour les parents (34).

Ce travail est une étude originale puisque l'ensemble de nos recherches bibliographiques n'a trouvé qu'une seule étude s'intéressant à l'information des parents. Il s'agissait d'une étude dont l'objectif était d'évaluer l'intérêt de la diffusion d'une plaquette d'information sur la plagiocéphalie à la maternité de Nancy (39). La généralisation des résultats à la population générale est difficile.

#### 4.1.2. Population cible

Le choix des crèches a facilité le recrutement des parents d'enfants en bas âge. Ces derniers peuvent avoir recours aux pédiatres et aux médecins généralistes, mais également à la PMI pour le suivi de leurs enfants. De ce fait, l'information donnée aux parents a pu provenir de nombreuses sources.

La répartition des crèches sur le territoire de la Haute-Garonne est homogène.

Les âges des parents sont harmonieusement répartis entre 17 et 49 ans avec une médiane à 33 ans.

Le nombre d'enfant par couple correspond aux statistiques retrouvées en 2012 par l'INSEE lors du recensement (40).

La répartition par catégorie socioprofessionnelle ne présente pas de différence statistiquement significative avec la population de Haute-Garonne en 2011 (41).

#### 4.1.3. Intérêt des parents pour le questionnaire

Lors du dernier contact téléphonique avec les crèches, il s'est avéré que les parents ont, pour la majorité, très bien accueilli le questionnaire et n'ont eu aucune difficulté à y répondre. Nous avons effectivement choisi de réaliser un questionnaire court à questions fermées qui puisse être rempli en moins de 5 minutes.

Très souvent, les parents ont ensuite questionné les puéricultrices de la crèche à propos des mesures de prévention. Tous les établissements ont émis le souhait de recevoir une brochure d'information.

Notre étude montre en effet que seulement 33% des parents ont reçu des informations sur la plagiocéphalie. Ils sont pourtant 96% à penser qu'une information écrite est nécessaire. Il existe donc une réelle demande de la part des parents.

88% des parents ayant répondu aux questionnaires sont des femmes. Cette large prédominance pourrait laisser penser que la plagiocéphalie est une préoccupation féminine qui se traduirait par l'intérêt accru qu'elles ont porté au questionnaire. Mais les femmes étant plus souvent en charge des enfants que les hommes, il est plus probable que ce sont les mères qui viennent majoritairement chercher leur(s) enfant(s) à la crèche et qu'elles se soient chargées de remplir le questionnaire.

#### **4.2. Faiblesse de l'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive observationnelle et quantitative. Le type d'étude choisi est donc de faible niveau de preuve.

De plus, il existe très probablement un biais de mémorisation sur les questions faisant appel à la mémoire, même si nous avons tenté de le limiter en incluant uniquement les parents d'enfants de moins de deux ans.

Le recueil des données effectué de janvier à mars 2015 n'a permis de récolter que 181 questionnaires malgré une bonne participation des parents. La puissance de l'étude aurait pu être accru en augmentant le nombre de crèches participantes.

Le questionnaire contenant uniquement des questions fermées, certaines réponses ont pu être induites.

De même, le nombre de réponses proposées dans notre questionnaire étant limité, nous n'avons pas pu recueillir de manière exhaustive les informations et les suggestions des parents. Il serait intéressant de réaliser une enquête qualitative sur ce sujet pour confirmer les résultats.

### **4.3. Analyse des résultats**

L'objectif principal de l'étude était de décrire les connaissances des parents sur la plagiocéphalie afin d'identifier leurs lacunes et d'améliorer l'information.

#### **4.3.1. Information des jeunes parents**

Seulement 33% des parents disent avoir été informés des mesures de prévention. Ces derniers ont retenu plus de conseils que les parents non informés. Cela donne une certaine cohérence à nos résultats.

La diffusion des mesures de prévention aux parents semble insuffisante. Lorsque l'information est délivrée, elle semble néanmoins relativement correcte puisque 50% des parents qui ont été informés ont retenu plus de deux bons conseils (sur les sept qu'on peut donner).

Parmi les 67% disant ne pas avoir été informés, 16% connaissaient pourtant plus de deux bons conseils. Nous pouvons penser que ces parents ont reçu des informations concernant la prévention de la mort subite du nourrisson ou bien qu'ils ont posé des questions précises à propos des soins à donner à l'enfant. Nous pouvons également supposer que les conseils ont pu être délivrés sans mentionner le terme de « plagiocéphalie » et sans expliquer non plus les raisons de ces conseils.

Les familles comportant plusieurs enfants n'ont pas été plus informées que les familles n'en ayant qu'un. Nous pouvons penser qu'avec l'expérience du premier enfant, les parents posent moins de questions aux professionnels de santé, ce qui pourrait expliquer qu'ils ne se retrouvent pas mieux informés.

En revanche, le fait d'avoir eu un enfant atteint de plagiocéphalie augmente significativement le sentiment d'avoir été informé (45% versus 25%  $P < 0,05$ ). On peut penser que la survenue d'une déformation crânienne les incite à consulter et à demander

des conseils aux professionnels. Cependant, il semble que le nombre de bons conseils retenus par les parents concernés ne soit pas significativement plus élevé. L'information délivrée en prévention secondaire n'est donc pas plus importante qu'en prévention primaire.

#### 4.3.2. Prévalence de la plagiocéphalie

A la question, « Avez-vous eu un enfant atteint de plagiocéphalie? », 37% des parents ont répondu « Oui ». La prévalence de la plagiocéphalie a donc été calculée à 22% dans notre échantillon.

Cela correspond à la moyenne haute retrouvée dans les différentes études allant de 9,9% (6) à 22% (7).

Notre étude, descriptive, est basée sur les déclarations des parents et leurs impressions. La définition de la plagiocéphalie est donc tout à fait subjective, mais on constate que beaucoup de parents ont été sensibles à la forme du crâne de leur enfant.

En effet, 37% des familles nous déclarent avoir eu un enfant atteint de plagiocéphalie. Parmi celles-ci, 71% estiment que consulter un médecin est nécessaire. Ces déformations entraînent des inquiétudes auxquelles les professionnels de santé devront répondre lors d'une consultation.

#### 4.3.3. Connaissance des mesures de prévention

##### 4.3.3.1. Le couchage

Seulement 62% des parents disent avoir reçu le conseil de coucher leur enfant sur le dos. Cela semble faible au vu des nombreuses campagnes d'information sur la prévention de la mort subite du nourrisson. De plus, cette information figure clairement dans les pages de prévention du carnet de santé sur les conditions de couchage.

Aujourd'hui encore, 70% des enfants décédés de mort subite sont retrouvés dans une literie ou une position de couchage inadaptée (42). Les mesures, bien qu'ayant prouvé leur efficacité, ne sont pas appliquées par tous les parents (42). Une autre enquête

descriptive menée auprès des mères indique que 82% d'entre elles couchent leur(s) nourrisson(s) sur le dos (43).

34% des familles ont reçu le conseil de placer l'enfant sur le côté. Effectivement, placer l'enfant sur le côté permet d'éviter les contraintes sur l'arrière du crâne et pourrait permettre d'éviter la « tête plate ». Mais les recommandations de prévention de la plagiocéphalie ne doivent pas aller à l'encontre de celles de la mort subite du nourrisson (44). Il est essentiel de rappeler aux parents que la seule position recommandée et sûre est la position dorsale et que c'est la position de la tête qui doit être alternée régulièrement. Or seulement 23% des parents ont reçu ce conseil associé.

12% des parents se sont vus conseiller un coussin anti-plagiocéphalie. Ce dernier fait partie des objets qui peuvent entraver les mouvements du nourrisson dans son sommeil et augmenter le risque de mort subite (44). De plus, aucune étude trouvée dans la littérature n'a prouvé son efficacité. Il est important de rappeler ce point aux parents inquiets qui pourraient être tentés par ces articles à la mode présentés par les magasins de puériculture.

#### 4.3.3.2. *Les temps de sieste*

9% des familles ont reçu comme conseil de placer leurs enfants dans un transat pour prévenir la plagiocéphalie, alors qu'il est reconnu que l'utilisation prolongée de ce genre de dispositif aggrave la plagiocéphalie (45). 50% des parents disent n'avoir reçu aucun conseil sur le lieu le plus adapté pour la sieste. Il aurait été intéressant de demander directement s'ils avaient reçu comme conseil « d'éviter les transats » car les données ne permettent pas d'exploiter cette information. Dans tous les cas, cet item de prévention semble peu abordé.

#### 4.3.3.3. *Les périodes d'éveils*

Presque la moitié des parents n'ont pas reçu d'information sur les périodes d'éveil. En effet, seulement 31% des parents ont été informés du bénéfice apporté par la position ventrale en dehors du sommeil. On peut se demander si la position ventrale n'est pas devenue « dangereuse » dans l'esprit de la population suite à la campagne de prévention de

la mort subite du nourrisson. Il serait nécessaire de renforcer le message en précisant que cette position ne présente aucun problème en période d'éveil et sous surveillance.

D'autres conseils simples, comme varier la position du bébé lors des tétés, ne sont pas suffisamment donnés aux parents alors qu'ils auraient pu l'être dès la maternité. L'évaluation d'une brochure de prévention mise à disposition dans la maternité de Nancy a montré que les jeunes mamans qui ont lu cette brochure appliquent plus souvent les mesures de prévention que la population générale (39).

D'autres informations sont peu diffusées aux parents, comme l'importance de stimuler l'enfant de manière bilatérale, ou encore les bénéfices du parc pour le développement psychomoteur, selon le concept d'Emmi Pickler (14).

#### 4.3.4. Informateur principal

Dans notre étude, l'information est délivrée par le pédiatre dans 24% des cas, contre 6% pour le généraliste. La plagiocéphalie est rarement un motif de consultation mais elle est souvent évoquée par les parents lors des visites systématiques. En Midi-Pyrénées, 52% des enfants de moins de 2 ans réalisent leur suivi systématique avec un pédiatre (46). Selon une étude DRESS, seulement 5% des enfants de moins de 3 ans ont uniquement vu le pédiatre. Le généraliste est plus souvent sollicité en cas de pathologie aiguë, ce qui est moins propice à l'évocation des mesures de prévention de la plagiocéphalie.

D'après la thèse de Marie Michel sur le suivi des enfants de 0 à 6 ans (46), les parents choisissent le médecin généraliste pour sa disponibilité et sa proximité alors qu'ils choisissent le pédiatre pour sa compétence professionnelle et sa réputation. Peut-être que les questions sont préférentiellement posées au pédiatre pour ces raisons.

Toulouse et ses environs étant richement dotés en pédiatres (47), il est possible qu'il existe également un biais de recrutement. Les crèches ne représentent pas le milieu rural, où le suivi par le généraliste est plus fréquent (46).

Dans notre étude, pour 48% des parents, le pédiatre est la personne la plus appropriée pour délivrer les conseils de prévention de la plagiocéphalie. Ils sont seulement 18% à penser que c'est le généraliste. Ce dernier vient d'ailleurs après les sages femmes et les puéricultrices. Le généraliste est pourtant un premier recours et joue un rôle majeur dans la prévention, mais il ne semble pas perçu comme tel par les parents.

Seulement un quart des parents ont été sensibilisés à la plagiocéphalie par les sages femmes ou les puéricultrices. Cela est étonnant puisque la prévention et l'éducation aux soins des nouveau-nés font partie de leurs rôles principaux. Il est dommage que l'information ne soit pas plus souvent délivrée en maternité car on sait que la prévention est d'autant plus efficace qu'elle est mise en place précocement.

21% des parents ont été informés par l'ostéopathe, soit presque autant que par le pédiatre, et quatre fois plus que par le généraliste. L'ostéopathie semble donc occuper une place importante dans la plagiocéphalie bien qu'elle n'a toujours pas fait ses preuves en terme d'efficacité.

Le nombre d'ostéopathes a augmenté de 30% en 18 mois en France (27). L'offre est de plus en plus importante et il est possible que cette profession occupe une place de plus en plus importante dans la prise en charge de la plagiocéphalie. Selon les médecins ostéopathes de France, « l'ostéopathie crânienne est recommandée pour les bébés ayant eu une naissance difficile ayant déformé la tête » (48). Ce message semble bien assimilé par les jeunes parents puisque 39% d'entre eux déclarent consulter systématiquement un ostéopathe à la naissance de leur enfant.

Cependant, les conditions d'exercice de l'ostéopathe (38) précisent que les manipulations du crâne, de la face et du rachis du nourrisson de moins de 6 mois n'est légalement possible qu'après un diagnostic établi par un médecin attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie.

La revue *Prescrire* rappelle qu'il est important de sensibiliser les patients sur la formation, les conditions d'exercice et les actes que les ostéopathes sont autorisés à pratiquer, en précisant d'une part les risques et d'autre part les incertitudes en terme d'efficacité (38).

23% de l'information reçue est délivrée par les familles et les médias. Les jeunes parents font donc souvent appel à l'entourage et aux ressources médiatiques pour se renseigner sur la plagiocéphalie, sans que notre étude puisse apporter plus de précisions sur ce fait. De nombreux sites et forums se développent autour de la plagiocéphalie (49). On y retrouve beaucoup de témoignages de mères regrettant de ne pas avoir été informées plus tôt des mesures de prévention. Il est fort probable que les parents bien informés ne témoignent pas sur ce genre de site.

#### 4.3.5. Qualité de l'information en fonction des informateurs

Lorsque l'on s'intéresse au ressenti des parents, l'ostéopathe et le pédiatre sont les informateurs qui laissent le plus souvent l'impression d'avoir été bien informé. A l'inverse, la majorité des parents ayant déclaré la famille ou les médias comme informateur principal n'a pas le sentiment d'avoir été informée. Il semble donc que l'information ait plus d'impact lorsqu'elle est délivrée par un professionnel de santé que lorsqu'elle provient d'autres sources, comme internet ou des brochures.

En effet, à la maternité de Nancy, la mise à disposition d'une brochure de prévention de la plagiocéphalie n'a pas augmenté le nombre de femmes informées. Pour que l'efficacité soit accrue, l'auteur de l'étude préconise qu'un professionnel de santé explique oralement la brochure aux patients (39).

Lorsque l'information est délivrée par l'ostéopathe, celle-ci est retenue correctement<sup>1</sup> à 50%, contre 30% lorsqu'elle provient du pédiatre. Bien que l'ostéopathie n'ait pas fait ses preuves dans le traitement de la plagiocéphalie, il semble que les ostéopathes soient très impliqués dans la prévention et que les parents en soient satisfaits. Ceci pourrait expliquer la forte proportion de parents consultant un ostéopathe pour ce motif.

En revanche, lorsque l'informateur principal est la famille ou les médias, seulement 14% des parents ont retenu plus de deux bons conseils.

---

<sup>1</sup> Pour rappel, nous avons considéré dans notre étude que l'information retenue par les parents est correcte lorsqu'ils ont coché plus de deux conseils justes dans le questionnaire.

#### 4.3.6. Place de la consultation médicale dans la plagiocéphalie

Comme nous l'avons déjà dit, dans notre étude, la majorité des parents consulteraient un médecin en cas de « plagiocéphalie ». Pourtant, le nombre de parents trouvant cette consultation inutile est plus important dans le groupe « enfant atteint » (28% versus 10%  $p < 0,05$ ). Il semble que la survenue d'une plagiocéphalie chez leur enfant soit finalement dédramatisée, même s'ils restent nombreux à penser qu'un avis médical est nécessaire. Les parents d'enfant atteint se sont peut-être renseignés et ont acquis les informations essentielles que sont l'évolution naturellement favorable et le caractère bénin de cette déformation.

Concernant les torticolis, ils sont 92% à penser qu'une consultation est nécessaire. Le torticolis est le facteur de risque le plus commun de la plagiocéphalie (50). Il est fréquent et concerne un nouveau-né sur 6. Une étude a montré que le traitement par kinésithérapie en cas de torticolis ou de position préférentielle était plus efficace que les conseils de positionnement seul dans le traitement de la plagiocéphalie (25). Il est donc important que les parents consultent leur médecin en cas de torticolis.

#### 4.3.7. Besoin d'information

L'objectif secondaire de notre étude était de connaître les besoins des jeunes parents en matière d'information sur les mesures de prévention de la plagiocéphalie.

Pour la majorité d'entre eux, un support écrit serait intéressant mais ils pensent à 91% que cette information devrait être reformulée par un professionnel de santé. En effet, notre étude a clairement montré que l'information était mieux retenue lorsqu'elle avait été délivrée par un professionnel.

En ce qui concerne le support paraissant le plus adapté, 72% ont choisi le carnet de santé. Il semble en effet cohérent d'ajouter quelques conseils de positionnement sur la page concernant les conditions de couchage, comme l'a fait l'AAP sur ses mesures de prévention de la mort subite du nourrisson.

Le deuxième support le plus plébiscité est la brochure. En se basant sur la brochure de Nancy, nous avons conçu une nouvelle brochure, en ajoutant des éléments pertinents : Enrichissement des conseils, photos représentant les principaux conseils, signes devant amener à consulter et lien vers un site d'information (voir annexe 2).

## 5. CONCLUSION

La plagiocéphalie est un problème de plus en plus fréquent, notamment depuis la campagne de prévention sur la mort subite du nourrisson et la généralisation du couchage sur le dos. Elle est souvent abordée en médecine générale et serait à l'origine d'angoisse chez les jeunes parents.

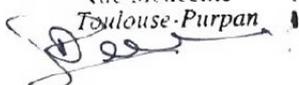
La prévention de la plagiocéphalie repose sur des conseils simples et facilement applicables. Elle comprend des conseils de positionnement complétant ceux donnés pour prévenir la mort subite du nourrisson. Ces mesures sont efficaces si elles sont mises en place de façon précoce.

L'objectif de notre travail était d'évaluer l'information reçue par les jeunes parents à ce sujet.

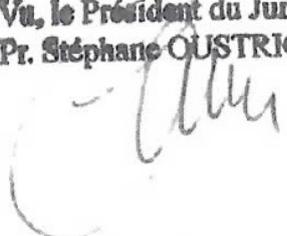
Notre étude a montré que peu de familles étaient sensibilisées aux mesures de prévention de la plagiocéphalie. De plus, quand l'information est délivrée, elle n'est pas toujours de bonne qualité et sa pertinence varie en fonction des professionnels de santé. D'autre part, nous avons mis en évidence qu'elle est moins efficace lorsqu'elle se résume à un simple support papier. De manière générale, les mesures de prévention sur le coucher des nourrissons sont délivrées de façon incomplète et les mesures proposées pour les périodes d'éveil sont peu abordées avec les parents.

Notre étude a révélé que le moyen d'information le plus plébiscité par les parents est l'inscription de ces conseils de prévention sur le carnet de santé. Cependant, la majorité d'entre eux souhaite que cette information soit également commentée par un professionnel de santé.

Ces résultats mériteraient une étude de type qualitative auprès des professionnels de santé et des parents afin de mieux identifier les causes de ce manque d'information et proposer des solutions pour mieux prévenir la plagiocéphalie positionnelle.

Toulouse, le 22 janvier 2016  
Vu, permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté de Médecine  
de la Faculté de Médecine  
de Purpan  
Toulouse-Purpan  


Didier CARRIÉ,

  
Vu, le Président du Jury  
Pr. Stéphane OUSTRIC  


## 6. BIBLIOGRAPHIE

1. Laughlin J, Luerssen TG, Dias MS. Prevention and Management of Positional Skull Deformities in Infants. *Pediatrics*. 28 nov 2011; peds.2011-220.
2. Pogliani L, Mameli C, Fabiano V, Zuccotti GV. Positional plagiocephaly: what the pediatrician needs to know. A review. *Childs Nerv Syst ChNS Off J Int Soc Pediatr Neurosurg*. nov 2011;27(11):1867-76.
3. American Academy of Pediatrics AAP Task Force on Infant Positioning and SIDS: Positioning and SIDS. *Pediatrics*. juin 1992;89(6 Pt 1):1120-6.
4. Kane AA, Mitchell LE, Craven KP, Marsh JL. Observations on a recent increase in plagiocephaly without synostosis. *Pediatrics*. juin 1996;97(6 Pt 1):877-85.
5. Bialocerkowski AE, Vladusic SL, Wei Ng C. Prevalence, risk factors, and natural history of positional plagiocephaly: a systematic review. *Dev Med Child Neurol*. août 2008;50(8):577-86.
6. Boere-Boonekamp MM, van der Linden-Kuiper LT LT. Positional preference: prevalence in infants and follow-up after two years. *Pediatrics*. févr 2001;107(2):339-43.
7. van Vlimmeren LA, van der Graaf Y, Boere-Boonekamp MM, L'Hoir MP, Helders PJM, Engelbert RHH. Risk factors for deformational plagiocephaly at birth and at 7 weeks of age: a prospective cohort study. *Pediatrics*. févr 2007;119(2):e408-18.
8. Peitsch WK, Keefer CH, LaBrie RA, Mulliken JB. Incidence of cranial asymmetry in healthy newborns. *Pediatrics*. déc 2002;110(6):e72.
9. Hutchison BL, Thompson JMD, Mitchell EA. Determinants of nonsynostotic plagiocephaly: a case-control study. *Pediatrics*. oct 2003;112(4):e316.
10. Hutchison BL, Hutchison LAD, Thompson JMD, Mitchell EA. Plagiocephaly and brachycephaly in the first two years of life: a prospective cohort study. *Pediatrics*. oct 2004;114(4):970-80.
11. Mulliken JB, Vander Woude DL, Hansen M, LaBrie RA, Scott RM. Analysis of posterior plagiocephaly: deformational versus synostotic. *Plast Reconstr Surg*. févr 1999;103(2):371-80.
12. Losee JE, Mason AC. Deformational plagiocephaly: diagnosis, prevention, and treatment. *Clin Plast Surg*. janv 2005;32(1):53-64, viii.
13. Syndrome TF on SID. The Changing Concept of Sudden Infant Death Syndrome: Diagnostic Coding Shifts, Controversies Regarding the Sleeping Environment, and New Variables to Consider in Reducing Risk. *Pediatrics*. 11 janv 2005;116(5):1245-55.

14. Pikler E. Some Contributions to the Study of the Gross Motor Development of Children. *J Genet Psychol.* sept 1968;113(1):27-39.
15. Cavalier A, Picot M-C, Artiaga C, Mazurier E, Amilhau M-O, Froye E, et al. Prevention of deformational plagiocephaly in neonates. *Early Hum Dev.* août 2011;87(8):537-43.
16. Hutchison BL, Stewart AW, De Chalain TB, Mitchell EA. A randomized controlled trial of positioning treatments in infants with positional head shape deformities. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. oct 2010;99(10):1556-60.
17. Kane AA, Lo LJ, Vannier MW, Marsh JL. Mandibular dysmorphology in unicoronal synostosis and plagiocephaly without synostosis. *Cleft Palate-Craniofacial J Off Publ Am Cleft Palate-Craniofacial Assoc.* sept 1996;33(5):418-23.
18. Gupta PC, Foster J, Crowe S, Papay FA, Luciano M, Traboulsi EI. Ophthalmologic findings in patients with nonsyndromic plagiocephaly. *J Craniofac Surg.* juill 2003;14(4):529-32.
19. Balan P, Kushnerenko E, Sahlin P, Huotilainen M, Näätänen R, Hukki J. Auditory ERPs reveal brain dysfunction in infants with plagiocephaly. *J Craniofac Surg.* juill 2002;13(4):520-5; discussion 526.
20. Stücker R. [Plagiocephaly associated with infant asymmetry]. *Z Für Orthop Unfallchirurgie.* août 2009;147(4):503-10; quiz 511-2.
21. Kordestani RK, Patel S, Bard DE, Gurwitsch R, Panchal J. Neurodevelopmental delays in children with deformational plagiocephaly. *Plast Reconstr Surg.* janv 2006;117(1):207-18; discussion 219-20.
22. 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.
23. Vernet O, de Ribaupierre S, Cavin B, Rilliet B. Traitement des plagiocéphalies postérieures d'origine positionnelle. *Arch Pédiatrie.* déc 2008;15(12):1829-33.
24. Flannery ABK, Looman WS, Kemper K. Evidence-based care of the child with deformational plagiocephaly, part II: management. *J Pediatr Health Care Off Publ Natl Assoc Pediatr Nurse Assoc Pract.* oct 2012;26(5):320-31.
25. van Vlimmeren LA, van der Graaf Y, Boere-Boonekamp MM, L'Hoir MP, Helders PJM, Engelbert RHH. Effect of pediatric physical therapy on deformational plagiocephaly in children with positional preference: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med.* août 2008;162(8):712-8.
26. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
27. Barry C, falissard bruno. Evaluation de l'efficacité de la paratique de l'osteopathie. INSERM; 2012.

28. Amiel-Tison C, Soyez-Papiernik E. Place de l'ostéopathie dans la correction des déformations crâniennes du nouveau-né et du jeune enfant. *Arch Pédiatrie*. juin 2008;15:S24-30.
29. Philippi H, Faldum A, Schleupen A, Pabst B, Jung T, Bergmann H, et al. Infantile postural asymmetry and osteopathic treatment: a randomized therapeutic trial. *Dev Med Child Neurol*. 1 janv 2006;48(1):5-9.
30. Xia JJ, Kennedy KA, Teichgraeber JF, Wu KQ, Baumgartner JB, Gateno J. Nonsurgical treatment of deformational plagiocephaly: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. août 2008;162(8):719-27.
31. Moss SD. Nonsurgical, nonorthotic treatment of occipital plagiocephaly: what is the natural history of the misshapen neonatal head? *J Neurosurg*. nov 1997;87(5):667-70.
32. Bialocerkowski AE, Vladusic SL, Howell SM. Conservative interventions for positional plagiocephaly: a systematic review. *Dev Med Child Neurol*. août 2005;47(8):563-70.
33. Graham JM, Gomez M, Halberg A, Earl DL, Kreutzman JT, Cui J, et al. Management of deformational plagiocephaly: repositioning versus orthotic therapy. *J Pediatr*. févr 2005;146(2):258-62.
34. Borgne P, Hazard E. La plagiocéphalie postérieure d'origine positionnelle: évaluation des pratiques en médecine générale. [Thèse d'exercice de médecine] :UFR de médecine-pharmacie de Rouen ; 2014.
35. Vera-Puertas M. La plagiocéphalie postérieure positionnelle: prévention et prise en charge par le médecin généraliste [Thèse d'exercice de médecine]: Université d'Aix-Marseille II. Faculté de Médecine; 2011.
36. Rekate HL. Occipital plagiocephaly: a critical review of the literature. *J Neurosurg*. juill 1998;89(1):24-30.
37. Cummings C. La plagiocéphalie positionnelle. *Paediatr Child Health*. oct 2011;16(8):495-6.
38. Dodo sur le dos et tête aplatie? *Précrire*. 2002;22(230):536.
39. Ernst C. La plagiocéphalie positionnelle: étude de l'impact de la diffusion de la plaquette de prévention réalisée à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy sur la connaissance des femmes [Mémoire de sage femme]. Nancy, France; 2014.
40. Insee - Région de Midi-Pyrénées (73) - Chiffres clés Couples - Familles - Ménages - 2012 [Internet]. [cité 1 déc 2015]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau\\_local.asp?ref\\_id=FAM&millesime=2012&typego=REG&search=73](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=FAM&millesime=2012&typego=REG&search=73)
41. Insee - Population - Population selon la catégorie socioprofessionnelle et le sexe au 1er janvier 2011 [Internet]. [cité 1 déc 2015]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=7&ref\\_id=poptc02108](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=7&ref_id=poptc02108)

42. Franco P, Kugener B, Challamel M-J. Prévenir la mort subite du nourrisson. Purlascience.fr [Internet]. [cité 2 sept 2015]; Disponible sur: [http://www.purlascience.fr/ewb\\_pages/a/article-prevenir-la-mort-subite-du-nourrisson-24933.php](http://www.purlascience.fr/ewb_pages/a/article-prevenir-la-mort-subite-du-nourrisson-24933.php)
43. Lacroix A, Michard-Lenoir A-P. Mort subite du nourrisson: état des lieux sur les pratiques parentales [Thèse d'exercice de médecine]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2014.
44. Lapoirie C. Mesure de prévention en matière de couchage et d'environnement. Mort inattendue du nourrisson: la question est-elle réglée? [Internet]. [www.perinat-france.org](http://www.perinat-france.org); 2008. Disponible sur: [www.perinat-france.org](http://www.perinat-france.org)
45. Timothy R, Littlefield M. Car Seats, Infant Carriers, and Swings: Their Role in Deformational Plagiocephaly. *JPO*. 2003;15(3):102-6.
46. Michel M, Iri-Delahaye M. Suivi régulier de l'enfant de 0 à 6 ans en Midi-Pyrénées: généraliste, pédiatre ou PMI? [Thèse d'exercice de médecine]. [Toulouse, France]: Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2013.
47. Daniel Sicart. Les médecins au 1er janvier 2013 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 1 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-medecins-au-1er-janvier-2013,11126.html>
48. Site des osteopathe de France [Internet]. [cité 8 déc 2015]. Disponible sur: <http://osteos.net>
49. Association Plagiocéphalie Info et Soutien [Internet]. Association Plagiocéphalie Info et Soutien. [cité 8 déc 2015]. Disponible sur: <http://association-plagiocephalie-info-et-soutien.fr>
50. Rogers GF, Oh AK, Mulliken JB. The role of congenital muscular torticollis in the development of deformational plagiocephaly. *Plast Reconstr Surg*. févr 2009;123(2):643-52.

## ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

Bonjour, je m'appelle Aurélie Tamalet. Je réalise actuellement une thèse de médecine générale sur les déformations crâniennes du nourrisson. Je souhaite plus particulièrement évaluer vos connaissances en termes de prévention afin d'améliorer l'information à destination des parents. Je vous remercie de m'accorder quelques minutes en répondant à ces questions.

La **plagiocéphalie positionnelle** évoquée dans ce questionnaire correspond à un aplatissement de l'arrière de la tête. Cette déformation représentée ci-dessous peut être présente dès la naissance mais apparait le plus souvent au cours des premiers mois de vie.



Exemples de plagiocéphalie positionnelle

- 1) Quel âge avez-vous ?
- 2) Quelle est votre profession ?
- 3) Combien avez-vous d'enfants ?
- 4) Qui répond à ce questionnaire ?  Maman  Papa
  
- 5) Avez-vous eu un enfant atteint de plagiocéphalie positionnelle, même légère ?  
 Oui  Non
  
- 6) Avez-vous été informé(e) des moyens de prévention de la plagiocéphalie positionnelle ?  
 Oui  Non
  
- 7) La prévention de la plagiocéphalie positionnelle comprend 3 types de conseils :

Quel(s) conseil(s) avez-vous reçu(s) sur le **mode de couchage** ?

- Bébé doit dormir sur côté : une fois à gauche et une fois à droite
- Bébé doit dormir sur le dos
- Bébé doit dormir sur le dos en alternant le côté de la tête
- Varier la position du lit dans la chambre
- Il est nécessaire d'utiliser un coussin anti-plagiocéphalie
- Aucun de ces conseils ne m'a été donné

Quel(s) conseil(s) avez-vous reçu(s) sur les **siestes** ?

- Elles doivent se faire dans le lit ou le berceau
- Elles doivent se faire dans le cosy ou le transat
- Elles doivent se faire dans un matelas cocoon
- Aucun de ces conseils ne m'a été donné

Quel(s) conseil(s) avez-vous reçu(s) concernant **les temps d'éveil** ?

- Placer bébé régulièrement sur le ventre dans la journée
- Placer bébé régulièrement dans un transat, une balancelle ou un cosy
- Placer bébé régulièrement dans un parc ou sur un tapis d'éveil
- Stimuler bébé régulièrement d'un côté puis de l'autre
- Alternier le côté lorsque vous donnez le biberon
- Aucun de ces conseils ne m'a été donné

8) Concernant les conseils reçus, qui a été votre principal informateur ? (Une seule réponse possible)

- Médecin généraliste
- Pédiatre
- Sage femme ou puéricultrice
- Famille
- Ostéopathe
- Vous-même à travers les medias
- Vous-même à travers une brochure d'information

9) Si votre enfant présentait des difficultés à tourner la tête d'un coté ou de l'autre, consulteriez-vous un médecin (généraliste ou pédiatre) ?

- Oui  Non

10) Si votre enfant présentait une plagiocéphalie, consulteriez vous un médecin (généraliste ou pédiatre) ?

- Oui  Non

11) Concernant la plagiocéphalie, quelle est la place de l'ostéopathe selon vous ?

- Je le consulte systématiquement après la naissance
- Je le consulte uniquement sur avis d'un médecin
- Je le consulte parallèlement au médecin
- Je le consulte à la place du médecin
- Je ne le consulte pas

12) Un support d'information écrit concernant la prévention de la plagiocéphalie vous semble-t-il utile?

- Oui  Non

Si oui, quel support vous semble le plus approprié ?

- Affiche salle d'attente
- Dépliant dans les salles d'attentes
- Inscription dans le carnet de santé
- Autre (précisez) :

13) Pensez-vous que cette information écrite devrait être commentée par les professionnels de santé ?

- Oui  Non

14) Quel professionnel de santé vous semble le plus approprié pour vous informer ?

- Médecin généraliste
- Pédiatre
- Sage femme
- Puéricultrice
- Ostéopathe

## Qu'est ce que la plagiocéphalie positionnelle ?

Aujourd'hui votre bébé doit dormir exclusivement sur le dos afin de lui apporter des conditions de sommeil sûres.

Les os de crâne des bébés étant modelables, ils peuvent s'aplatir sous la pression exercée sur le matelas, cela s'appelle une plagiocéphalie



Normale



Plagiocéphalie

Cette déformation n'a aucune conséquence sur le développement du cerveau.

Les possibilités d'amélioration sont maximales avant 6 mois et diminuent progressivement jusqu'à dix huit mois.

## Pour éviter la plagiocéphalie :

-Surveillez que votre bébé tourne la tête autant à droite qu'à gauche

-Placez la tête de votre enfant dans une position différente chaque fois que vous le couchez

-Variez la position du lit si votre enfant semble plus attiré par la fenêtre par exemple

-Evitez les coussins anti-plagiocéphalie qui sont d'aucune utilité et qui peuvent être dangereux

-Evitez les longues périodes dans les sièges auto ou coques rigide où votre enfant a la tête dans la même position



-Evitez les transats et les balancelles qui limitent les mouvements de bébé

-Préférez le parc et disposez des jouets colorés et sonores de part et d'autres de l'enfant. Stimulez alternativement un coté puis l'autre



-Installez régulièrement votre bébé sur le ventre pendant les périodes d'éveils, sous surveillance. De cette manière son crâne n'est pas en appui, cela renforcera les muscles du cou et du dos

-Variez au maximum la position de votre bébé quand vous le tenez dans vos bras ou lors des repas

## ANNEXE 2 : Brochure envoyée aux crèches

# Prévention de la « tête plate » chez le nourrisson

## Quand consulter ?

- Si votre enfant présente des difficultés à tourner la tête d'un côté
- Si vous remarquez une boule dans son cou
- Si une plagiocéphalie apparaît ou s'aggrave malgré deux mois de positionnement correct

## Qui consulter ?

Votre généraliste ou Votre pédiatre

## Pour en savoir plus :

[www.perinat-france.org](http://www.perinat-france.org)

- Rubrique bébé
- Sommeil de bébé
- Comment le coucher ?



---

**TITRE :** PREVENTION DE LA PLAGIOCEPHALIE POSITIONNELLE : Etude descriptive quantitative auprès des jeunes parents de Haute Garonne

**RESUME :**

**Contexte et objectif :** la plagiocéphalie positionnelle est un problème de plus en plus fréquent, notamment depuis la campagne de prévention de la mort subite du nourrisson. Des mesures de prévention efficaces ont pourtant fait l'objet de recommandations. Le but de ce travail est d'évaluer l'information reçue par les jeunes parents concernant ces mesures. **Méthode :** étude quantitative descriptive par questionnaire adressé aux jeunes parents de Haute Garonne par le biais des crèches. **Résultats :** 181 questionnaires ont été analysés. 33% des familles ont été informés des mesures de prévention. Les conseils de positionnement lors du couché sont incomplètement délivrés et les mesures proposées en périodes d'éveil sont peu abordées. La pertinence de l'information varie selon les professionnels de santé. De manière générale 26% des familles ont été correctement informées. Selon les parents, le support le plus adéquat pour les informer serait le carnet de santé mais 95% d'entre eux souhaiteraient que les conseils soient commentés par un professionnel de santé. **Conclusion :** La prévention de la plagiocéphalie positionnelle est insuffisante en Haute Garonne. Les parents souhaiteraient une information écrite complétées d'un commentaire oral par un professionnel de santé.

**Mots-clés:** prévention - plagiocéphalie postérieure positionnelle - mort subite du nourrisson- Conseils de positionnement-torticolis

---

**TITLE :** PREVENTION OF POSITIONAL PLAGIOCEPHALIE : A quantitative descriptive study directed to young parents in Haute Garonne

**SUMMARY :**

**Context and objective :** Positional plagiocephaly is a problem on the increase, especially since the Infant Death Syndrome prevention campaign began. Yet, efficient prevention measures have been recommended. The purpose of this study is to evaluate the information received by young parents regarding these measures. **Method:** Quantitative descriptive study by questionnaire directed to young parents in Haute-Garonne (France) via day nurseries. **Results:** 181 questionnaires were analysed. 33% of the families knew about the prevention measures. Advice regarding positioning for the lying are incompletely delivered, and the measures regarding awake time are rarely addressed. Information relevancy varies with health care professionals. Generally speaking, 26% of the families have been correctly informed. According to the parents, the most adequate medium would be the child health record booklet, but 95% of them wish the advice would also be commented by a health care professional. **Conclusion:** Positional plagiocephaly prevention is insufficient in Haute-Garonne. Parents wish for written information orally commented by a health care professional.

**Key-words:** prevention – posterior positional plagiocephaly – Infant Death Syndrome - positioning advice - torticollis

---

**Discipline administrative :** Médecine Générale

---

Faculté de médecine Rangueil – 133, route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

---

**Directeur de thèse :** Docteur Leila LATROUS