

Le point de vue des pédiatres sur les déformations crâniennes et leur prévention primaire à Genève

Travail de Bachelor

Charline ROBERT-TISSOT

N° matricule : 20871711

Léa VANNAY

N° matricule : 18333724

Directrice : Sibyl SZEDRESSY - Maître d'enseignement à la Haute école de santé de
Genève

Juin, 2023

Filière physiothérapie
Haute école de santé de Genève

Déclaration

Ce travail de Bachelor a été réalisé en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en physiothérapie*. L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans ce travail, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur ou de la directrice du travail de Bachelor, du jury et de la HEdS-GE.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie.

Fait à Genève, le 09 juin 2023

Charline Robert-Tissot

A handwritten signature in black ink, consisting of several fluid, overlapping strokes that form a stylized representation of the name.

Léa Vannay

A handwritten signature in black ink, featuring a series of connected loops and straight lines that create a unique, cursive-style mark.

Remerciements

Nous tenons à adresser nos remerciements les plus chaleureux pour l'aboutissement de ce travail à :

Sibyl Szedressy, Maître d'enseignement à la Haute école de santé de Genève et également directrice de notre travail de Bachelor ; pour les relectures, les conseils et les nombreux échanges à ce sujet, mais également sur la construction d'un travail qualitatif. Merci également de nous avoir fait part de son expérience en tant que physiothérapeute pédiatrique

Jean-Luc Rossier, chargé d'enseignement à la Haute école de santé de Genève ; pour les nombreux retours donnés tout au long de l'écriture de notre travail de Bachelor.

Mischa Piraud, chercheur en sciences sociales et chargé de cours à la Haute école de santé de Genève ; pour ses nombreux renseignements et conseils fournis sur la recherche qualitative et la rédaction d'un travail de Bachelor qualitatif.

Jean-David Sandoz, bibliothécaire documentaliste à la Haute école de santé de Genève pour son aide pour la recherche et la méthode qualitative.

Les participants de cette étude ; qui ont, malgré leur emploi du temps chargé, accepté de participer volontairement et bénévolement à ce travail. Merci pour leurs riches apports et les précieux discours que nous avons pu récolter grâce à eux.

Nos familles respectives et nos amis, pour leur soutien, leurs conseils, leur écoute et leurs nombreuses relectures.

Notre binôme respectif, Léa pour Charline et Charline pour Léa ; d'avoir toujours été présente l'une pour l'autre dans ses trois années d'études et dans cette belle collaboration pour ce travail de Bachelor qui clôture nos années de formation.

Résumé

Introduction : Les déformations crâniennes des nourrissons sont une problématique actuelle et qui peut toucher chaque famille. De nombreux facteurs de risque sont identifiés, mais malgré tout, les mesures de prévention primaire ne sont pas clairement établies afin de limiter la prévalence de cette pathologie.

Objectif(s) : Recueillir le point de vue des pédiatres sur les déformations crâniennes et leur prévention primaire dans le bassin genevois.

Méthode : Étude pilote qualitative réalisée sur la base de cinq entretiens semi-dirigés individuels. Ces entretiens ont été faits avec des pédiatres travaillant dans le bassin genevois en cabinet et ayant un public pédiatrique pouvant être touché par les déformations crâniennes.

Résultats : À la suite de notre analyse, nous avons pu mettre en évidence quatre thèmes :

- La prévention primaire selon les pédiatres
- Les déterminants de la mise en place de la prévention primaire et les pistes futures
- Les autres acteurs impliqués dans la prévention primaire
- La vision globale des pédiatres sur les déformations crâniennes

Conclusion : C'est une pathologie fréquente avec différentes répercussions psychologiques et économiques selon les pédiatres. La prévention primaire est importante, mais il reste des lacunes afin de la rendre plus optimale. L'interprofessionnalité est actuellement manquante, mais devrait être au cœur de la prévention primaire pour cette pathologie. Différentes stratégies sont évoquées par les pédiatres afin de fournir des prestations de prévention primaire de meilleure qualité. Les parents sont un élément majeur à prendre en compte dans cette prévention de la pathologie de leurs enfants.

Mots-clés : Déformations crâniennes ; plagiocéphalie ; brachycéphalie ; prévention primaire ; prévention ; pédiatres ; qualitatif.

Abstract

Introduction : Cranial deformities in infants are a current issue that can affect every family. Numerous risk factors have been identified, despite the fact that primary prevention measures are not clearly established to limit the prevalence of this condition.

Objective(s) : Gather paediatricians perspectives on cranial deformities and their primary prevention in the Geneva region.

Method : Qualitative pilot study conducted based on five individual semi-structured interviews. These interviews were conducted with paediatricians working in the Geneva region, in private practices with a paediatric audience that could be affected by cranial deformities.

Results : Following our analysis, we were able to identify four reoccurrence measures :

- Primary prevention according to paediatricians.
- Determinants of primary prevention implementation and future directions.
- Other actors involved in the primary prevention.
- The overall perspective of pediatricians on cranial deformities.

Conclusion : Cranial deformities in infants are a common condition with various psychological and economic repercussions, according to interviewed paediatricians. A primary prevention is essential, but there are still gaps that need to be addressed to make it more optimal. Inter-professional collaboration is currently lacking, but it should be brought at the core of early primary prevention of cranial deformities. Different strategies are discussed by paediatricians to provide higher quality primary prevention services. Parents are a major element to be considered within this prevention of this condition in their children.

Keywords : Cranial deformities ; Plagiocephaly ; Brachycephaly ; Primary prevention ; Prevention ; Pediatricians ; Qualitative

Liste des abréviations

DC	Déformations crâniennes
HAS	Haute autorité de santé
HEdS-GE	Haute école de santé Genève
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
OMS	Organisation mondiale de la santé
PP	Prévention primaire
PS	Professionnel de santé

Table des matières

Déclaration	i
Remerciements.....	ii
Résumé.....	iii
Abstract	iv
Liste des abréviations	v
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	viii
1. Introduction	1
2. Cadre théorique	2
2.1 Anatomie.....	2
2.2 Déformations crâniennes.....	2
2.3 Épidémiologie	3
2.4 Étiologie – facteurs de risque (pré – péri et postnataux).....	3
2.5 Conséquences.....	5
2.6 Prévention.....	6
2.7 Système de santé Suisse	7
3. Problématique	8
3.1 Contexte actuel.....	8
3.2 Question de recherche.....	8
4. Hypothèses	9
5. Méthodologie	10
5.1 La recherche qualitative.....	10
5.2 Les étapes de la recherche qualitative.....	10
5.3 Règles d'éthique et de déontologie.....	11
5.4 La sélection de la population et la description de l'échantillon.....	11
5.5 Critères d'inclusions.....	12
5.6 Choix de la méthode de recueil des données.....	13
5.7 Guide d'entretien	13
5.8 La passation des entretiens et la collecte de données	13
5.9 Procédure de transcription	15
5.10 Analyse de données.....	15
6. Résultat.....	16
6.1 Thème 1 : la prévention primaire selon les pédiatres	16
6.2 Thème 2 : Déterminants de la mise en place de la prévention primaire et des pistes futures.....	20
6.3 Thème 3 : Les autres acteurs impliqués dans la prévention primaire	23
6.4 Thème 4 : Les déformations crâniennes selon les pédiatres	27
6.5 Analyse du non-verbal	29
7. Discussion	30
7.1 Analyse des principaux résultats et mise lien avec la littérature.....	30
7.2 Lien avec nos hypothèses de départ.....	38
7.3 Biais et difficultés de notre étude	39

7.4	Forces de notre étude	40
7.5	Positionnement	41
7.6	Perspectives pour les futures recherches	41
8.	Conclusion.....	43
9.	Liste de références	44
	Annexe 1 : Lettre d'information	49
	Annexe 2 : Formulaire de consentement.....	50
	Annexe 3 : Guide d'entretien	51
	Annexe 4 : Analyse sous forme de tableau	52
	Annexe 5 : Organigramme de résultat.....	64

Liste des tableaux

Tableau 1 : Lieux et durées des entretiens	14
--	----

Liste des figures

Figure 1 : Types de déformations crâniennes	2
Figure 2 : Thème 1	16
Figure 3 : Thème 2	20
Figure 4 : Thème 3	23
Figure 5 : Thème 4	27
Figure 6 : Synthèse de nos résultats	37

1. Introduction

Les cas de déformations crâniennes [DC] des nourrissons sont en augmentation ces dernières années depuis la campagne « Back to sleep » en 1992 (Haute autorité de santé [HAS], 2020a ; Kane et al., 1996). Cette dernière ayant mis en avant l'importance de la position sur le dos durant le sommeil afin d'éviter le risque d'asphyxie, le couchage sur le ventre a alors été négligé ainsi favorisant l'apparition de DC par appuis prolongés.

Une recherche qualitative menée par Martiniuk et al. (2016) démontre que les physiothérapeutes ont leur bassin de patient saturé par ce type de pathologie. Ce résultat corrèle avec les informations reçues durant notre cursus scolaire concernant la physiothérapie pédiatrique à Genève.

Les physiothérapeutes n'ayant pas accès à la prévention primaire [PP] dans ce domaine, doivent subir cette augmentation de cas.

En revanche, un travail en interprofessionnalité pourrait permettre d'agir en amont afin de soulager les différents corps de métier et prévenir cette pathologie.

De plus, à la suite d'un travail de recherche qualitatif fait sur la base d'un entretien semi-directif que nous avons réalisé dans le cadre de nos études, (« *Quelles sont les représentations des parents sur la prise en charge de la plagiocéphalie par l'entourage, le corps médical et paramédical de leur enfant ?* »), il est ressorti un manque d'informations transmises en globalité et donc un manque de prévention dès la naissance selon le point de vue de la personne interviewée. Ce point-ci nous a interpellées et données envie de poursuivre ce travail en nous focalisant sur d'autres acteurs clés du domaine de la santé.

Nous nous sommes interrogées sur les prises en charge des DC dans le bassin genevois. Premièrement sur la place de la PP qui est donnée par les différents professionnels de santé [PS] et deuxièmement, sur les idées et suggestions que nous pourrions obtenir en interviewant un PS qui peut mettre en place une forme de PP dans sa pratique. Toutes ces pistes de réflexions nous ont amenées à choisir ce sujet et en particulier à intervenir auprès des pédiatres.

2. Cadre théorique

2.1 Anatomie

L'anatomie de la boîte crânienne des nourrissons permet de comprendre la problématique des DC. À la naissance, le crâne de l'enfant est composé de cinq plaques osseuses (deux frontales, deux pariétales et une occipitale), séparées par des sutures, qui forment à leur jonction, six fontanelles (une antérieure, une postérieure, deux mastoïdes, deux sphénoïdes). Ces structures sont composées de tissus conjonctifs, sous forme de membranes, qui vont s'ossifier durant le développement. Elles permettent de faciliter le mouvement, le modelage du crâne durant l'accouchement, et permettent au cerveau de grandir et de se développer (Lipsett et al., 2022). Elles se ferment toutes en moyenne entre six et huit mois de vie, hormis la fontanelle antérieure, la plus volumineuse, qui se ferme en moyenne entre 13 et 24 mois (Lipsett et al., 2022).

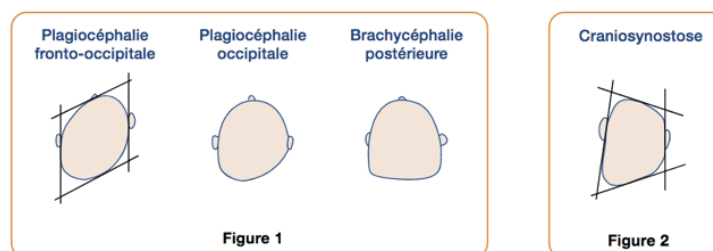
2.2 Déformations crâniennes

Les notions de DC sont tirées de l'article de Rogers et al. (2011) ainsi que Linz et al. (2017). Comme expliqué ci-dessus, le crâne malléable des nourrissons permet de faciliter la naissance et le développement du crâne de l'enfant. En revanche, les pressions extérieures de différentes sortes et à différents moments de la vie quotidienne de l'enfant peuvent créer des DC. L'incidence la plus élevée de cette pathologie se situe entre sept et 12 semaines de vie. (Williams & Galea, 2023)

De nombreux PS référencent les DC sous le terme de « plagiocéphalie » qui se trouve être finalement une sous-catégorie. Les déformations que l'on retrouve, sont :

- La plagiocéphalie caractérisée par un aplatissement unilatéral postérieur de la tête (occipitale). Dans certains cas plus sévères, nous pouvons observer une plagiocéphalie fronto-occipitale avec une avancée de l'hémi face du côté de l'aplatissement postérieur.
- Et la brachycéphalie caractérisée par un aplatissement bilatéral postérieur de la tête.
- Il existe également la scaphocéphalie (non illustrée) qui se caractérise, dans ce cas, par un allongement de la tête, un visage fin et un profil marqué. L'aplatissement a lieu sur le/les côté/s de la tête et le crâne aura tendance à s'allonger. Il y a là aussi régulièrement des asymétries faciales.

Figure 1 : Types de déformations crâniennes



Tiré de : HAS, 2020b

Il est important de la part des PS de faire le diagnostic différentiel entre un type de DC et une craniosynostose existante qui va créer une asymétrie de la tête par fusion prématurée des sutures.

Dans ce travail, nous mentionnons le terme de DC en faisant référence aux trois catégories ci-dessus (plagiocéphalie, brachycéphalie et scaphocéphalie). Nous avons décidé de nous focaliser sur les trois catégories, car la PP de ces dernières est commune.

2.3 Épidémiologie

Depuis les recommandations en date de 1992 sur la position de référence sur le dos pour dormir, nous pouvons observer une explosion des cas selon différents auteurs.

En effet, Kane et al. (1996) ainsi que la HAS (2020a), expriment l'augmentation des cas.

Aucune donnée épidémiologique n'est recensée pour Genève ou la Suisse.

Dans cette partie, nous avons cité les articles les plus récents et en provenance de différents pays au sujet de la plagiocéphalie positionnelle et/ou des brachycéphalies.

Nouvelle-Zélande, Hutchinson et al. (2004) : Sur 200 enfants recrutés, la prévalence était de 16 % à six semaines de vie ; 19,7 % à quatre mois ; 9,2 % à huit mois ; 6,8 % à 12 mois et de 3,3 % à 24 mois. Cet article met en évidence la prévalence la plus forte autour du quatrième mois. À deux ans, la plupart des plagiocéphalies et/ou brachycéphalies ont disparu.

Pays-Bas, van Vlimmeren et al. (2008) : 380 enfants. Pour 75 enfants, la plagiocéphalie était présente à sept semaines de vie. Soit 22,1 %.

Italie, Ballardini et al. (2018) : 283 enfants faisaient partie de l'étude et avaient entre huit et 12 semaines de vie. La prévalence des plagiocéphalies positionnelles était de 37,8 %.

France, Di Rocco et al. (2019) : Sur 37 enfants inclus dans l'étude pour la catégorie d'âge entre un mois et un an, 40,5 % avaient une plagiocéphalie positionnelle.

Canada, Mawji et al. (2013) : Sur 440 enfants entre sept et 12 semaines de vie, 205 avaient une plagiocéphalie positionnelle ; soit 46,6 %

Ces chiffres, restent tous élevés et conséquents selon ces auteurs. Néanmoins, il faut prendre en compte les différences entre les études, à savoir : les lieux de vie et les différences de systèmes de santé associées ; les écarts d'âge des enfants qui sont très larges pour certains chiffres ; la date de parution de ces études, la plus vieille date d'il y a 20 ans alors que la plus récente date d'il y a quatre ans. Ces raisons peuvent expliquer les différences de chiffres que nous retrouvons.

2.4 Étiologie – facteurs de risque (pré – péri et postnatals)

Les causes des DC chez les nourrissons sont multiples et peuvent être entraînées par différents facteurs de risque et à différentes temporalités.

Facteurs de risque prénatals – fœtaux

- Genre masculin (Filisetti et al., 2020 ; HAS, 2020a ; Rogers et al., 2011).

- Première grossesse (Filisetti et al., 2020 ; HAS, 2020a)
- Grossesse multiple (Collett et al., 2005 ; Filisetti et al., 2020 ; HAS, 2020a)
- Macrosomie (Collett et al., 2005 ; Filisetti et al., 2020)
- Anomalies de l'utérus (Collett et al., 2005 ; Filisetti et al., 2020)

Facteurs périnataux

- Prématurité (Collett et al., 2005 ; Di Rocco et al., 2019 ; Filisetti et al., 2020 ; HAS, 2020a)
- Accouchement par voie basse avec utilisation de forceps ou autres instruments (Filisetti et al., 2020 ; Mawji et al., 2014).

Facteurs postnatals

Les facteurs postnataux sont nombreux et sont ceux sur lesquels nous pouvons agir en termes de PP.

- L'hypotonie et le retard de développement ou d'autres troubles neurologiques et moteurs peuvent affecter la motricité du nourrisson et peuvent rendre les retournements et les déplacements difficiles (Collett et al., 2005 ; Fabre-Grenet et al., 2017 ; Watt et al., 2022).
- En 1992, une campagne de recommandation menée par the American Academy of Pediatrics concernant la prévention de la mort subite du nourrisson a vu le jour. Cette campagne recommande le couchage strict sur le dos lors des périodes de sommeil du nourrisson afin d'éviter le risque d'étouffement. Depuis cette recommandation, nous pouvons observer une augmentation des cas de DC chez les nourrissons, qui serait expliquée par le positionnement en décubitus dorsal prolongé et a contrario un temps trop faible en position ventrale (Di Rocco et al., 2019 ; Filisetti et al., 2020 ; HAS, 2020a ; Renz-Polster & De Bock, 2018).
- Une posture préférentielle pourrait également favoriser le développement d'asymétrie (Collett et al., 2005 ; HAS, 2020a ; Mawji et al., 2014 ; Renz-Polster & De Bock, 2018).
- Le torticolis chez le nourrisson est la plus grande évidence que l'on retrouve dans la littérature actuellement. Il empêche une bonne mobilité cervicale et peut induire par la suite une déformation crânienne (Collett et al., 2005 ; Di Rocco et al., 2019 ; Filisetti et al., 2020). Un torticolis serait associé dans plus de 90 % des cas à une plagiocéphalie (Watt et al., 2022).
- L'environnement de l'enfant, dans ses premiers mois de vie, joue un rôle primordial dans son développement moteur, en étant trop restrictif, il peut limiter la motricité de l'enfant. Nous pouvons retrouver de plus en plus sur le marché divers accessoires pour enfants de types ; siège pour voiture utilisé en dehors de celle-ci, transat, cosy, coussin anti tête plate, tour de lit décoratif, etc. Tous ces objets utilisés de manière quotidienne et abusive, emprisonnent le nourrisson dans des positions propices au développement de DC en ne permettant pas assez d'activités motrices (Collett et al., 2005 ; Filisetti et al., 2020 ; HAS, 2020a ; Renz-Polster & De Bock, 2018 ; Watt et al., 2022).

- Selon Losee et al. (2007), l'allaitement est un facteur protecteur des DC. Cependant, si la position durant l'allaitement n'est pas alternée, elle pourra favoriser l'aplatissement du crâne du côté où la pression est exercée, tout comme le biberonnage (HAS, 2020a).

2.5 Conséquences

- **Esthétique** : La principale conséquence mise en avant est l'esthétique laissée à ces enfants (Watt et al., 2022).
- **Coûts et impact sur les parents** : En effet, Ditthakasem et al. (2017) évoquent, dans leur article, les répercussions au niveau de l'anxiété que cela provoque chez les parents ainsi que sur les coûts de santé.

D'autres études publiées entre 2012 et 2022 ont ressorti différentes conséquences ci-dessous. Ces dernières sont à prendre avec précautions étant donné le manque d'études de meilleure qualité à ce sujet.

- **Retard de développement** : Wittmeier et al. (2017), Martiniuk et al. (2017) ainsi que Shamji et al. (2012) et Collett et al. (2020) le mentionnent. Selon Collett et al. (2020), ce retard s'observe en particulier au niveau moteur. Ils mettent donc en avant l'intérêt de se pencher en priorité sur ce point dans la thérapie. D'autant plus que les capacités motrices sont importantes dans le développement du langage, des capacités cognitives et académiques et que cela pourrait donc les affecter également. Il est compliqué de définir quid des DC ou des retards de développement sont l'origine l'un de l'autre. Dans tous les cas, on remarque un lien entre les deux, ce qui nous incite à vouloir dépister et agir en amont (Williams & Galea, 2023).
- **Scolarité et langage** : Paquereau (2013) et Miller et al. (2000) mentionnent que les enfants ayant eu une plagiocéphalie ont davantage besoin d'adaptation dans leur scolarité. Collett et al. (2019) mentionnent que les enfants d'âge scolaire ayant eu une plagiocéphalie positionnelle ou une brachycéphalie ont un score inférieur au test cognitif et scolaire que le groupe contrôle. Néanmoins, ils précisent que l'on ne peut pas affirmer une corrélation entre ces observations.
- **Amplitude cervicale, équilibre et mobilité thoracique** : Selon Fludder et al. (2021), Aarnivala et al. (2014) ainsi que Sergueef et al. (2006), il est possible d'associer la plagiocéphalie à une plus grande restriction d'amplitude cervicale chez les enfants d'un an en moyenne. Selon Cabrera-Martos et al. (2016), nous pouvons observer une modification dans la position de la tête (angle cranio-cervical plus élevé), un équilibre diminué et une mobilité thoracique plus faible dans le groupe plagiocéphalie.
- **Visuels** : Hammeni et al. (2022) mentionnent les problématiques d'ordre visuel et les troubles oculomoteurs qui sont courants.
- **Articulation temporo-mandibulaire et orthodontie** : Une position asymétrique de l'articulation temporo-mandibulaire, de la mandibule et de l'os maxillaire est retrouvée dans l'article de Nevaste-Boldt et al. (2022). Nous pouvons retrouver également une nécessité de traitement d'orthodontie plus important en cas de plagiocéphalie (Verdier et al., 2022).

- **Auditifs et visuels, développement neurologique, posture et musculosquelettique** : Dans un article de Filisetti et al. (2020), il ressort 3 catégories de conséquences :
 - Des troubles sensoriels
 - Un impact sur le développement neurologique
 - Troubles posturaux et musculosquelettiques

2.6 Prévention

La prévention autour de cette pathologie se joue sur deux axes. La prévention primaire et la secondaire, dans ce travail, nous nous concentrerons sur la prévention primaire uniquement.

Prévention primaire

Elle a pour but d'éviter l'apparition de la pathologie (Organisation mondiale de la santé [OMS], 1999). D'après Legrand-Germanier & Paccaud (2010), la PP est utilisée pour les maladies « lorsqu'on connaît les facteurs de risque modifiables. » (p.5).

Dans la littérature, plusieurs recommandations et conseils de préventions des DC sont apparus ces dernières années. La principale étant de favoriser la motricité libre du nourrisson dès sa naissance. Cela comprend de nombreux points :

- **Premièrement**, lutter contre les positionnements non alternés. Pour respecter les recommandations de *the American Academy of Pediatrics*, il est fortement recommandé de laisser l'enfant dormir sur le dos. Cette position peut être maintenue, mais aucun élément (oreiller, couverture, cale tête ou cale bébé, matelas mou, tour de lit) ne doit empêcher la motricité du nourrisson, y compris ses retournements. Dans cette position, il est important de changer l'orientation de la tête du nourrisson régulièrement pour varier la localisation des pressions (Cavalier & Picaud, 2008, cité dans HAS, 2020a ; Société canadienne de pédiatrie, 2011, cité dans HAS, 2020a). En ce qui concerne les périodes d'éveil, il faut favoriser la position en décubitus ventral. Cette position est importante pour le développement moteur et permet de diminuer les pressions sur le crâne de l'enfant. L'OMS recommande au minimum 30 minutes par jour en décubitus ventral (OMS, 2019).
- **Deuxièmement**, il est important de ne pas contenir l'enfant dans des dispositifs (siège, poussette, transat ...) ou vêtements serrés afin de favoriser ses mouvements (Cavalier & Mazurier, 2013 ; OMS, 2019 ; Renz-Polster & De Bock, 2018).
- **Troisièmement**, l'observation de l'entourage du nourrisson est un point incontournable en termes de prévention primaire. Par cela, il est possible de diagnostiquer précocement certains facteurs de risque aux déformations crâniennes.
 - La préférence positionnelle est importante à observer et diagnostiquer. Quand celle-ci est mise en évidence, il faut favoriser les stimuli (visuels, auditifs, olfactifs, tactiles) du côté controlatéral. Il peut être également bénéfique de proposer un aménagement des espaces de vie et de sommeil du nourrisson (orientation du lit ou du nourrisson dans le lit, orientation du tapis), une alternance du côté pour le biberonnage ou l'allaitement, ou encore le côté

d'accès aux jouets (BC Children's Hospital, 2008, cité dans HAS, 2020a ; Cavalier & Mazurier, 2013).

- Le torticolis congénital est également important à détecter le plus rapidement possible afin de diriger l'enfant vers un spécialiste pour le traiter et éviter l'apparition de DC (Cavalier & Mazurier, 2013).

On comprend donc que la PP va toucher l'entourage global de l'enfant ; ses parents mais également les personnes gravitant autour et les moyens de garde dont l'enfant va bénéficier (grands-parents, crèche, nounous...). En termes de PP en Suisse et notamment à Genève, de nombreux acteurs sont concernés, principalement les pédiatres, les médecins de famille, les sages-femmes et les ostéopathes, qui sont les premiers intervenants dans la vie des jeunes parents.

Selon certaines études, les actions de PP auraient un impact bénéfique sur le nombre de cas de DC (Aarnivala et al., 2015 ; Cavalier & Mazurier, 2008 ; Cavalier et al. 2011) ainsi que sur les coûts engendrés par ces dernières (Aarnivala et al., 2015).

2.7 Système de santé Suisse

En Suisse, toute personne domiciliée sur le territoire national, a l'obligation de souscrire à l'assurance-maladie de base (LaMAL). Cette assurance prend en charge toutes les prestations effectuées par un médecin ainsi que les prestations dispensées par d'autres PS sous prescription médicale, comme par exemple la physiothérapie (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2022). Elle prend en charge également les actes médicaux prescrits par le médecin, tels que des analyses de sang et les imageries (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2022).

Concernant la PP, l'assurance-maladie prend en charge un nombre défini d'actes préventifs comme plusieurs vaccinations, huit examens de l'état de santé et du développement des enfants d'âge préscolaire, examen gynécologique, mammographie, ainsi que plusieurs après l'accouchement ; contrôle effectué par un médecin ou sage-femme entre la sixième et 10^e semaine, les suivis par une sage-femme à domicile, trois séances de conseils en allaitement effectuées par une sage-femme ou infirmière spécialisée (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2022).

Exemple de coûts des séances de physiothérapie pour la prise en charge d'une plagiocéphalie selon une physiothérapeute pédiatrique à Genève.

- Quatre prises en charge pour plagiocéphalie d'une durée entre 12 et 27 séances, les coûts respectifs étaient de : 1 046.45 CHF, 2 773.40 CHF, 2 430.25 CHF, 3 414.35 CHF
- Une prise en charge pour brachycéphalie d'une durée de 10 séances avec un coût montant à 1 080 CHF

On peut voir que les coûts sont relativement variables, mais restent onéreux malgré tout.

Dans le cas où le casque orthopédique serait nécessaire, celui-ci coûte environ 1750 CHF et n'est pas pris en charge par l'assurance-maladie de base. Il peut cependant être pris en charge par certaines assurances complémentaires si les parents y ont souscrit (Groupe Mutuel, 2022).

3. Problématique

3.1 Contexte actuel

Depuis les recommandations sorties en 1992 concernant la mort subite des nourrissons, l'incidence des cas de DC a augmenté (Argenta et al., 1996 ; Kane et al., 1996 ; Shweikeh et al., 2013 ; Turk et al., 1996.).

La PP est un point primordial pour limiter l'incidence de cette pathologie (Arinavala et al., 2015 ; Cavalier & Picaud, 2008 ; Cavalier et al., 2011). Cependant, certains parents ne recevraient pas assez d'informations, et/ou ne se souviendraient pas des informations véhiculées (Martiniuk et al., 2016).

De par la littérature existante, nous avons pu relever comme cité précédemment de nombreux facteurs de risque ainsi que des conséquences actuelles et d'autres potentiels pour les nourrissons. Les facteurs de risque étant modifiables, il est d'autant plus intéressant d'axer des interventions en PP.

Concernant les conséquences, cela nous montre la nécessité de garder un point d'attention sur la PP, car elles ont/peuvent avoir des répercussions directes sur le système de santé et la prise en charge des enfants ainsi que sur les parents à de nombreux points de vue (Ditthakasem et al., 2017).

Dans ce contexte, et en traitant cette pathologie en physiothérapie, plusieurs questionnements ont émergé : *Quelle est la situation actuelle pour le bassin genevois concernant les DC ? Qu'est-ce qui est fait pour prévenir cette pathologie ? Quels sont les points forts en PP ? Quels sont les points qui pourraient être améliorés ? Quels sont les rôles de chaque PS dans la PP des DC ?*

Les physiothérapeutes n'ayant pas de place actuellement en matière de PP, nous avons décidé de nous tourner vers les pédiatres pour plusieurs raisons : Tout d'abord, car ce sont des PS qui peuvent réaliser la PP le plus tôt possible comme à la maternité ou lors des contrôles du développement. Ce sont également les PS de référence pour les parents au début de la vie de leur enfant. Les pédiatres sont aussi nos prescripteurs pour les séances de physiothérapie et nous sommes donc en partie dépendants d'eux.

Pour ce travail et par ces questionnements, nous trouvons judicieux de faire un état des lieux, selon le point de vue des pédiatres, de ce qui se fait et pourrait être fait en matière de PP des DC à Genève. Notre objectif est donc de récolter d'un point de vue qualitatif les avis des pédiatres sur les DC et leur PP.

3.2 Question de recherche

De par ce contexte actuel et ces questionnements, nous avons décidé de poser notre question de recherche de telle façon : « Quel est le point de vue des pédiatres genevois sur les déformations crâniennes et leur prévention primaire ? »

4. Hypothèses

Hypothèse 1

Il n'y a pas de stratégie commune de PP pour les DC dans le bassin genevois.

Sous-hypothèses

- a. Malgré des informations qui peuvent circuler par l'intermédiaire de différents PS, il n'existe pas de programmes de PP clairement identifiés par rapport à cette pathologie.
- b. Le système de santé suisse actuel serait un frein à la mise en place de stratégie de PP.
- c. Les pédiatres veulent s'impliquer dans la PP des DC, mais n'ont pas les outils ou la possibilité d'axer leur prise en charge là-dessus.
- d. C'est difficile de mettre en place de la PP pour les DC dans le bassin genevois.

Hypothèse 2

Selon l'observation clinique des médecins, ils observent une augmentation des cas de DC dans leur cabinet ces dernières années.

5. Méthodologie

5.1 La recherche qualitative

La recherche qualitative est une forme de recherche qui permet d'avoir des réponses qui ne peuvent être trouvées par une méthode quantitative. Dans la recherche qualitative, le travail se construit autour de phénomènes qui sont des événements ou des situations particulières pouvant faire l'objet d'une recherche (Fortin & Gagnon, 2010). L'objectif de l'étude qualitative est de « découvrir, d'explorer et de décrire des phénomènes et d'en comprendre le sens » (Fortin & Gagnon, 2010, p.27) tout en cherchant à « comprendre les perceptions et les sentiments des personnes face à ces phénomènes » (Fortin & Gagnon, 2010, pp.13-14) afin « d'en arriver à la compréhension d'une certaine réalité » (Fortin & Gagnon, 2010, p.429). L'étude qualitative permet donc de répondre aux questions « pourquoi » et non pas uniquement aux « combien ».

Notre travail étant une mise en évidence de point de vue des pédiatres, cela coïncide avec ce type de méthode qualitatif et c'est pour cela que nous l'avons choisi.

Selon Fortin et Gagnon (2010), la recherche peut se fonder sur deux raisonnements différents, l'inductif et le déductif. Un raisonnement inductif permet « d'élaborer des énoncés généraux » (p.44) en partant d'éléments particuliers au général. Ce procédé permet de faire une généralisation basée sur des faits observés décrivant des situations particulières (Fortin & Gagnon, 2010). Ce raisonnement est généralement utilisé dans les travaux qualitatifs afin de faire « une synthèse des observations et d'en arriver à des propositions de relations entre des phénomènes » (Fortin & Gagnon, 2010, p.45).

Finalement, selon Kohn et Christiaens (2014), l'étude qualitative est évolutive en fonction « de suppositions, d'hypothèses ou de théories générales qui changent et se développent tout au long des étapes successives du processus de recherche » (p.70), le déroulement a donc une certaine flexibilité (Fortin & Gagnon, 2010).

5.2 Les étapes de la recherche qualitative

Les étapes de la recherche « ne sont pas linéaires, l'ordre des différents éléments peut varier, sauf en ce qui a trait à l'idée de départ » (Fortin & Gagnon, 2010, p.54). Selon Fortin et Gagnon (2010), il existe cinq étapes de recherche non linéaires :

Conceptualisation : Premièrement, il faut choisir le sujet de recherche en commençant par étudier un sujet peu recherché d'un point de vue scientifique. Puis de déterminer la question de recherche et de recenser les écrits afin « d'élaborer une théorie » (p.55).

Planification : Elle n'est pas dans un ordre prédéterminé puisque « la plupart des activités sont menées simultanément et peuvent être répétées plusieurs fois » (p.56). La planification est le fait de *choisir le type de participants et le milieu* ainsi que de choisir des stratégies de conduites, à savoir la façon dont la collecte de données et l'analyse seront réalisées. Ceci étant notre fil rouge conducteur de notre recherche. « On s'efforce ... de valider les données et de s'assurer que les résultats de la recherche reflètent bien les expériences et les points de vue des participants » (p.57).

Collecte et analyse : Elle peut se faire de multiples façons. Elle nous permet de récolter non pas des chiffres comme pour un travail quantitatif, mais des données verbales qui vont permettre au chercheur « d'en pénétrer la signification » (p.57). À la suite de la méthode choisie durant la planification, « Les thèmes et les catégories ... se dégagent progressivement. » (p.57) permettant l'analyse progressive du travail.

Validation : Le fait de s'assurer que l'on « cherche à vérifier dans quelle mesure les interprétations ont la même signification pour les participants et pour le chercheur » (p.57). Cette validation peut être aidée de différents outils tels que « la prolongation de l'activité du chercheur sur le terrain, l'enregistrement des données, etc. » (p.57).

Diffusion : La diffusion des résultats est une part importante de la recherche. Elle se fait de façon narrative. Les résultats s'appuient sur des citations des entretiens afin d'appuyer les propos du chercheur.

5.3 Règles d'éthique et de déontologie

Le canton de Genève est régi par « la commission cantonale d'éthique et de la recherche (CCER) » pour toutes études de recherche sur l'être humain.

Afin de s'assurer que nous rentrions bien dans le cadre légal pour ce travail, nous avons contacté par téléphone la CCER qui nous a confirmé que nous n'avions pas à soumettre une demande au comité d'éthique dans le cadre de notre travail en raison de notre sujet et nos participants.

Au préalable de chaque entretien, nous avons fait signer un formulaire de consentement (annexe 2) qui reprenait les règles d'éthique et déontologie de Swissethics se basant sur la loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain (LRH - RS 810.30). Ce formulaire, que nous leur avons fait parvenir, a été contresigné par nous-mêmes.

5.4 La sélection de la population et la description de l'échantillon

Selon Fortin et Gagnon (2010), « une population désigne l'ensemble des éléments (personnes, objets, spécimens) qui présentent des caractéristiques communes » (p.224). Dans le cadre d'une étude, il est nécessaire de choisir une population cible rassemblant des caractéristiques similaires recherchées. Puis de cette population cible seule la population dite accessible pourra être retenue (p.225). Finalement, de cette population accessible, un échantillon sera choisi (p.225.).

Dans notre cas, la population cible que nous avons choisie est l'ensemble des pédiatres travaillant en cabinet privé dans différentes communes du bassin genevois. Étant impossible d'avoir accès à toute cette population, nous avons décidé d'avoir une population accessible se constituant des pédiatres se trouvant sur la liste des Hôpitaux Universitaire de Genève (HUG) et des pédiatres faisant partie de la société genevoise de pédiatrie. Finalement, notre échantillon ciblé était de sept pédiatres, suite à une estimation du nombre d'entretiens réalisables en quatre mois et des discussions avec nos enseignants. Finalement, par manque de réponses, notre échantillon final est de cinq pédiatres qui ont entre six et 25 ans d'ancienneté.

Cette technique de recrutement nous a permis de laisser un certain aléa dans le choix des participants en contactant toute notre population accessible, mais également en priorisant les premiers volontaires selon leur ordre de réponses et leurs disponibilités.

Chronologie de la sélection des sujets sur l'année 2023 :

- Mi-janvier : Appels téléphoniques aux secrétariats de 169 pédiatres recensés sur la liste des pédiatres genevois publiée par les HUG sur leur site internet. Ceci afin d'obtenir leurs courriers électroniques et pouvoir leur envoyer notre lettre d'information (annexe 1). Ajustement de la liste en fonction des nouveaux membres et ceux partis en retraite : 175 candidats. Obtention de 76 adresses de courrier électronique.
- Fin janvier : Envoi de la lettre d'information à 76 pédiatres par courrier électronique.
- Fin février à mi-mars : Programmation de trois entretiens par ordre d'arrivée. Le premier était un test afin d'évaluer notre grille d'entretien.
- Début mars : À la suite du premier entretien, le pédiatre nous a proposé de faire remonter notre lettre d'information au secrétariat général de la société genevoise de pédiatrie afin de contacter les professionnels pour lesquels nous n'avons pas réussi à obtenir les courriers électroniques. Inclusion de ce premier entretien comme participant et non comme test uniquement.
- Fin mars : Quatre entretiens réalisés, mais aucune réponse d'autres participants. Relance aux participants contactés à fin janvier (76 pédiatres).
- Début avril : Un nouveau pédiatre interviewé, un autre en attente d'une réponse.
- Mi-avril : Aucune autre réponse, nous arrêtons nos entretiens à cinq pédiatres.

5.5 Critères d'inclusions

Dans la plupart des études qualitatives, il est nécessaire de « restreindre la population choisie au moyen de critères d'inclusions » (Fortin & Gagnon, 2010, p.226). Ceci afin de nous permettre d'avoir un échantillon homogène avec des critères communs pertinents pour notre recherche. Ils permettent d'appliquer les résultats sans pour autant les généraliser à un groupe qui ne correspondrait pas.

Nos critères d'inclusions sont les suivants :

- Pédiatre reconnu au niveau suisse afin de s'assurer que les droits de pratique et l'accès aux informations soient le plus possible communs à tous les participants.
- Parlant le français, pour nous permettre de traiter les informations dans notre langue.
- Travaillant avec un public pédiatrique pouvant être touché par des DC afin de pouvoir être confronté à cette problématique dans leur quotidien.
- Pratiquant dans le bassin genevois afin de simplifier les rendez-vous et les accès.

5.6 Choix de la méthode de recueil des données

Pour mener une étude qualitative de nombreuses possibilités de méthodes de collectes des données sont possibles : « observations, entrevues, matériel audiovisuel, documents, rapports, proches, intervenants » (Fortin & Gagnon, 2010, p.281).

L'entretien individuel semi-dirigé est une méthode qui consiste à effectuer des conversations orientées par un guide d'entretien, construit préalablement reprenant les thèmes à aborder sous forme de questions ouvertes (Kohn et Christiaens, 2014, p. 70). Cette méthode permet au participant « d'exprimer ses sentiments et ses opinions sur le sujet traité » (Fortin & Gagnon, 2010, p.282). Selon Kohn et Christiaens (2014), « L'utilisation d'un tel procédé dans le contexte de la recherche en soins de santé est justifiée lorsque l'objectif est d'identifier les points de vue, les croyances, les attitudes, l'expérience de patients, praticiens, divers intervenants, etc. » (p.70).

Pour ces raisons, le choix d'utiliser l'entretien semi-dirigé s'est fait afin d'obtenir des réponses suffisamment ouvertes et larges en donnant la possibilité à nos intervenants d'élaborer leurs réponses tout en restant ciblé sur la problématique.

5.7 Guide d'entretien

Dans le cadre d'entretiens semi-dirigés, la discussion est orientée par une structure reposant sur des questions ouvertes en fonction des sujets d'intérêts (Fortin & Gagnon, 2010). Un guide d'entretien est généralement structuré de telle sorte que des questions générales sont posées et des relances plus précises en découlent (Fortin & Gagnon, 2010).

Nous avons réalisé un guide d'entretien (annexe 3) avec des questions ouvertes et semi-ouvertes préparées en amont, ceci dans le but de permettre à la personne interrogée de pouvoir se sentir libre d'élargir la discussion et les réponses tout en restant dans nos objectifs. Cet outil nous a donné la possibilité de garder un certain contrôle durant l'entretien. Notre guide d'entretien a été validé au préalable par Sibyl Szedressy, notre directrice de travail de bachelor ainsi que par Mr Mischa Piraud, chercheur en sciences sociales.

Ce guide d'entretien est composé de quatre questions ouvertes (ci-dessous) ainsi que 31 relances afin d'obtenir des réponses les plus complètes possibles.

1. Parlez-nous de votre pratique et de votre expérience professionnelle ?
2. Quel est votre point de vue sur les déformations crâniennes ?
3. Quelles sont les pratiques courantes faites à Genève en matière de PP par les pédiatres ?
4. Selon vous quelles seraient les ouvertures futures afin d'améliorer la PP dans un but de faire diminuer la prévalence et la sévérité des déformations crâniennes ?

5.8 La passation des entretiens et la collecte de données

L'entretien semi-dirigé « doit être précédé d'un contact avec la personne » (Fortin & Gagnon, 2010, p.429). Fortin et Gagnon (2010) ajoutent « l'intervieweur fixe par la suite un rendez-vous...dans un lieu calme, discret et agréable » (p.429). Afin de réaliser un entretien de qualité, le chercheur doit réussir à établir un climat de confiance ainsi qu'à mettre le participant dans une situation confortable. Il doit également être capable de rebondir sur certains éléments de

réponse du participant tout en restant le plus neutre possible dans ses réponses afin de ne pas induire des éléments que le participant n'aurait pas dit (Fortin & Gagnon, 2010, p.429).

Nous avons fixé les entretiens par courrier électronique et par téléphone et avons laissé la possibilité aux pédiatres de choisir le moment et le lieu de rendez-vous sans nécessairement pouvoir garantir un lieu calme, discret et agréable comme le conseil Fortin et Gagnon (2010). Le jour de l'entretien, nous avons veillé à ce que la personne se sente bien dans ce lieu, nous avons aménagé un espace accueillant (dans la mesure du possible) et lui avons offert un temps d'échange si elle le souhaitait avant de démarrer l'entretien enregistré.

Les entretiens se sont déroulés comme suit :

- A. Présentation de notre binôme, de nos rôles, de notre travail et de nos objectifs
- B. Explication du déroulement de l'entretien : durée, confidentialité, enregistrement
- C. Signature du formulaire de consentement
- D. Demander s'ils ont des questions avant de commencer l'entretien.
- E. Début de l'enregistrement puis déroulement de l'entretien par une de nous deux, pendant que l'autre prend en note la communication non-verbale.
- F. Questions ouvertes à la fin pour leur demander s'ils veulent ajouter quelque chose puis arrêt de l'enregistrement.
- G. Discussion autour des points à améliorer ou des sujets qu'ils auraient aimé aborder.
- H. Renvoi de la lettre de consentement signée par courrier électronique et remerciements

La collecte de données s'est déroulée avec notre entretien semi-dirigé en s'appuyant sur notre grille d'entretien qui a été testée auprès d'un premier pédiatre disponible afin de l'adapter. Il se trouve que nous avons pu inclure notre premier candidat au vu de la qualité de l'entretien.

Après le deuxième entretien, nous nous sommes rendu compte que nous avons ajouté à chaque entretien la même question et avons donc décidé d'insérer sous forme de relance afin de nous permettre de la poser systématiquement à tous les pédiatres interrogés.

Nous avons arrêté nos entretiens en raison du nombre maximum de pédiatres que nous avons réussi à contacter et en raison du temps que nous avons à disposition pour ce travail.

Lieux et durées des entretiens :

Tableau 1 : Lieux et durées des entretiens

	<u>Lieu de l'entretien</u>	<u>Durée de l'entretien</u>
Entretien 1	Au domicile du pédiatre	46 minutes
Entretien 2	Dans une salle de cours de la filière physiothérapie	52 minutes
Entretien 3	Dans le cabinet du pédiatre	19 minutes
Entretien 4	Dans un restaurant	22 minutes
Entretien 5	Dans une bibliothèque	30 minutes

Les lieux ont été choisis sur la volonté des participants.

5.9 Procédure de transcription

Pour retranscrire nos entretiens, nous avons décidé de nous partager les retranscriptions. Afin qu'elle soit la plus fiable possible, nous avons chacune relu les retranscriptions de l'autre.

Pour avoir une méthode de transcription identique, nous avons décidé d'utiliser une transcription sociologique qui consiste à être fidèle au discours (Revillard, 2008). Selon Braun & Clarke (2012), « nous ne préconisons pas de nettoyer la transcription ... lorsque vous travaillez avec les données » et de plus ils ajoutent que « les détails peuvent être révélateurs » (p.4). Ce type de retranscription consiste à écrire littéralement ce qui est dit, sans corriger les prononciations et en incorporant les éléments comme les hésitations, les silences, les rires, les onomatopées, etc.

Nous avons également incorporé le langage non-verbal que nous avons pu analyser lors des entretiens afin d'appuyer les propos évoqués tout en limitant l'interprétation.

5.10 Analyse de données

L'analyse des données est l'étape qui suit la retranscription. Selon Fortin et Gagnon (2010) « l'analyse qualitative est un processus de révision, d'organisation, de catégorisation, de synthèse et d'interprétation de données en vue de décrire et d'expliquer les phénomènes à l'étude » (p. 459).

Les types de méthodes d'analyses de données sont nombreux et variables, et il est primordial de décider en amont la méthode choisie.

Braun et Clarke (2006) énumèrent l'intérêt d'utiliser l'approche thématique. Elles expriment le fait que c'est une technique qui est aujourd'hui encore mal reconnue, peu identifiée et donc souvent non revendiquée. C'est pourquoi elle est très souvent utilisée sous des nominations différentes.

L'analyse de notre travail a été effectuée selon une approche thématique, concordant avec la méthode de Braun & Clarke (2012) qui permet « d'identifier, d'organiser et d'offrir un aperçu systématique des schémas de signification (thèmes) d'un ensemble de données » (p.2).

Pour cela, Braun & Clarke (2006) nous décrivent six phases ;

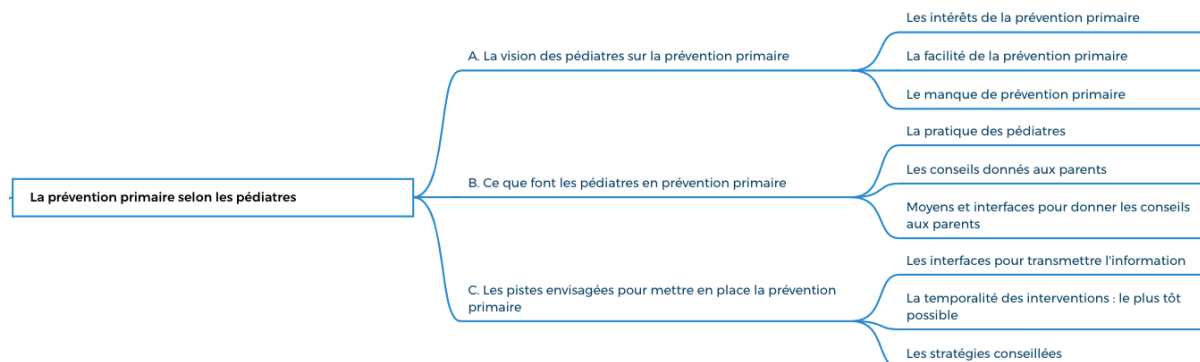
1. La familiarisation avec les données
2. La génération des codes
3. La recherche de thèmes
4. L'examen des thèmes
5. Définition et choix des noms des thèmes
6. La production du rapport

Nous avons analysé les données chacune séparément en mettant un code pour chaque phrase et par la suite nous les avons mis en commun. À la suite de ce codage, nous avons décidé de travailler ensemble, afin d'en tirer des sous-thèmes et enfin des thèmes (annexe 4) résumé dans un organigramme (annexe 5). Concernant nos résultats, nous avons pris le parti d'appuyer nos dires avec la citation la plus représentative selon nous, néanmoins, l'entièreté des citations utilisées sont en annexe 4.

6. Résultat

6.1 Thème 1 : la prévention primaire selon les pédiatres

Figure 2 : Thème 1



A. La vision des pédiatres sur la prévention primaire

- Les intérêts de la prévention primaire

Ce qui ressort des entretiens, c'est que la prévention est primordiale pour plusieurs raisons et qu'il ne faut pas arrêter de la pratiquer.

« la prévention primaire est quand même beaucoup plus utile » (E2)
« je pense qu'il ne faut pas lâcher la prévention » (E2)

Son intérêt a été mentionné d'un point de vue économique et psychologique. Mais également dans son influence sur la diminution de la prévalence.

« on va éviter bah, si on veut parler des surcoûts...c'est quand même un coût, ça évite des détresses au niveau des parents psychologiquement. » (E2)
« ça nécessite une prévention parce qu'on peut vraiment éviter ces déformations crâniennes » (E2)

- La facilité de la prévention primaire

L'argument mis en avant pour appuyer l'importance de continuer et favoriser la PP, c'est sa facilité en soi.

« c'est théoriquement des choses qui sont assez faciles à suivre » (E4)
« c'est simple à mettre en place ! (tonalité appuyant les propos) » (E2)

- Le manque de prévention primaire

Cependant, certains pédiatres évoquent différents points démontrant actuellement, selon eux, un manque de PP comme ;

Un manque de guidelines autour des pratiques à appliquer en PP.

« je ne me rappelle pas avoir vu une guideline officielle. » (E2)

Mais également un manque de communication possible de manière générale induisant des parents pas suffisamment informés. Un pédiatre nous a rapporté un discours évocateur.

« je me souviens, elle avait dit (en parlant d'une proche) « mais si le pédiatre m'avait dit, j'aurais fait beaucoup plus attention et on n'en serait peut-être pas arrivé à avoir le casque » » (E1)

Malgré cela, les parents auraient aujourd'hui davantage d'informations qu'avant selon un pédiatre.

« je pense que les parents sont aussi beaucoup plus sensibilisés qu'il y a 20 ans. » (E2)

B. Ce que font les pédiatres

- **La pratique des pédiatres**

Les pédiatres ont plusieurs axes de pratique en lien avec cette pathologie et sa prévention. Selon eux, la prévention a une place centrale dans leur profession.

« Bah en général, la prévention primaire, c'est une grande partie de notre travail » (E5)

Pour éviter cette pathologie, ils doivent être attentifs aux facteurs de risque et procéder au diagnostic différentiel que ça soit par un examen clinique ou par le questionnement des parents.

« on voit souvent des bébés, s'ils sont toujours la tête posée d'un côté ou de l'autre, ou bien quand on les examine...donc si je le vois, je l'aborde automatiquement » (E1)

« il faut un examen clinique, pour être sûr qu'il n'y a pas un torticolis ou un problème neurologique, ça va de soi, et une craniosynostose » (E3)

Lorsqu'un facteur de risque est découvert, les pédiatres entrent dans leur rôle de prescripteur et redirigent chez les professionnels jugés compétents, comme les ostéopathes ou les physiothérapeutes.

« parce qu'il y a des problèmes de mouvement, que l'enfant, il bouge pas assez, alors là, (geste de la main) j'envoie ! (En parlant de l'ostéopathe) » (E4)

En ce qui concerne le choix du professionnel vers qui adresser, les avis sont variés selon les pédiatres et dépendant de l'atteinte du nourrisson, mais également des préférences du pédiatre. Cependant, la majorité des pédiatres interviewés nous ont mentionné qu'ils adressent les nourrissons de manière assez automatique chez les ostéopathes plutôt que chez les physiothérapeutes que ce soit pour la gestion des facteurs de risque mais également lors des traitements.

« Alors pour moi, ce serait déjà l'ostéo chez le tout-petit et puis après peut-être plus chez le physio. Par exemple, si y a un torticolis alors là j'envoie chez le physio. » (E5)

« j'envoie plus chez l'ostéo que chez le physio. Clairement. » (E4)

« c'est devenu un peu un trend, ou une espèce de fashion, d'envoyer les bébés chez les ostéos » (E4)

- **Les conseils donnés aux parents**

Ils décrivent, tous, donner des conseils pour éviter les facteurs de risque, tels que :

Positionnements : Le message véhiculé par les pédiatres est de dormir sur le dos, mais de changer l'orientation de la tête, varier les positions la journée (sur le côté, sur le ventre, le porter) pour éviter l'appui prolongé en décubitus dorsal.

« pour la mort subite, on le fait coucher sur le dos, mais attention coucher sur le dos et on change de position » (E2)

« ils doivent dormir sur le dos pour la nuit, enfin quand ils sont pas en présence des parents, ...sur le ventre quand ils sont réveillés et quand ils sont avec eux pour vraiment balancer cette recommandation contre la mort subite. » (E3)

La gestion des facteurs de risque : Les pédiatres conseillent d'observer leur enfant, dans le but de reconnaître des facteurs de risque notamment les préférences positionnelles afin d'agir le plus rapidement possible et en conséquence.

« d'expliquer à toutes les familles ; de voir s'ils ont pas des positions préférentielles et de changer de position, de regarder, de faire attention s'ils ont l'impression qu'il regarde toujours d'un côté ou de l'autre » (E1)

La motricité libre : La motricité libre est également un point clé dans les conseils de prévention afin de favoriser le développement moteur du nourrisson.

« éviter maxi-cosy ou le baby relax. » (E2)

« Moi souvent à quatre mois, je dis de pas laisser complètement à plat, c'est sur le transat comme ça y'a moins de pression sur la tête. Après des fois, il y a les coussins qui, bon, moi je suis pas très fan des coussins chez les bébés mais je fais un peu attention, mais maintenant y'a des coussins qui sont adaptés » (E4)

- Moyens et interfaces pour donner les conseils aux parents

Les consultations de prévention : Tous les pédiatres interrogés disent faire de la PP au sujet des DC. Ils utilisent les contrôles du développement pour donner l'information aux parents et les questionnent sur les facteurs de risque. L'avantage de ces consultations est leur régularité, ce qui permet de véhiculer les informations à plusieurs reprises ou de transmettre l'information dans un second temps si par manque de temps, ça a été oublié la fois précédente.

« le grand avantage, c'est qu'on va revoir les familles, on les voit à un mois, deux mois, si on a oublié d'en parler, on peut en parler à deux mois » (E1)

« à un mois, deux mois, quatre mois...on regarde à chaque fois. » (E5)

La pratique / démonstration : De plus, pour un pédiatre, l'importance est d'utiliser en plus de la discussion, la pratique pour transmettre l'information.

« Je pense que ce qu'on dit en consultation et ce qu'on montre à beaucoup de valeur, enfin plus de valeur » (E1)

Les check-lists : Lors de ces contrôles, les pédiatres utilisent des check-lists pour s'assurer d'aborder tous les points, notamment la prévention des DC. Ils n'utilisent pas forcément la même check-list, car il n'y a pas d'obligation ni de consensus. Les pédiatres mentionnent la check-list « officielle » de la société suisse de pédiatrie, mais aussi des check-lists personnalisées par les pédiatres.

« on a des check-lists pour ces contrôles qui ont été faites par la société suisse de pédiatrie, de ce qu'on aborde à chaque contrôle pour leur un mois, deux mois et tout et y a, effectivement, je crois qu'il y a une coche positionnement/plagiocéphalie et comment dire, forme du crâne. » (E1)

« moi, je ne suis plus la liste parce que depuis 20 ans j'ai fait ma propre liste » (E2)

Les flyers et vidéo : L'utilisation des flyers a été abordée par plusieurs pédiatres. Pour certains, les parents ne sont pas tous intéressés, bien qu'ils soient jugés comme utiles.

« je pense, typiquement, le flyer dont on parlait, ça c'est top ! » (E5)

Le flyer le plus connu et mentionné par les pédiatres, est celui distribué par les HUG. Cependant, ils déplorent le fait qu'il soit ancien et pas mis à jour, tout comme leur vidéo sur ce sujet.

« il (en parlant du flyer) doit dater quand même un petit peu, parce qu'il me semble qu'il a pas beaucoup évolué depuis pas mal d'années » (E5)

« Elle (en parlant de la vidéo) est juste hyper vieille et horrible comme ça, c'est dommage, parce que, enfin parfois, je la montrais à des parents. » (E1)

C. Les pistes envisagées pour mettre en place la prévention primaire

- **Les interfaces pour transmettre l'information**

Afin de faire avancer la pratique de la mise en place de la PP pour les DC, les participants ont abordé plusieurs interfaces de transmission d'informations possibles, comme ;

Des ateliers : Les pédiatres trouveraient intéressant de parler de cette pathologie ou en tout cas des conseils pour la prévenir dans des ateliers. Ils verraient un avantage pour les parents.

*« les ateliers restent dans les têtes alors que les papiers, il y a trop de papiers » (E2)
« les sortes justement d'ateliers, je pense que c'est là où les parents sont le plus réceptifs » (E1)*

Ces ateliers pourraient être au sein même des ateliers de préparation à la naissance donnés par les sages-femmes ou bien, ils pourraient être des ateliers à part entière donnés par des physiothérapeutes ou encore en interprofessionnalité.

*« Ça pourrait être dans le cadre de la préparation à la naissance, puisque les femmes enceintes sont très friandes de ces ateliers » (E3)
« voire carrément les physios. Faudrait que ça soit les physios ! » (E3)
« ça pourrait être plusieurs professionnels...les pédiatres, les physios, il pourrait y avoir les ostéos...des infirmières » (E5)*

Des guidelines : La création de guidelines a été évoquée par un pédiatre comme intéressante pour prévenir les DC plus précocement.

« bah typiquement, on pourrait faire des guidelines » (E2)

Des flyers : Les flyers sont déjà mis en place pour véhiculer la prévention de cette pathologie, mais ils ont trop d'informations dessus, il faudrait selon un pédiatre un flyer très condensé avec les informations les plus importantes à retenir.

« ça doit pas faire trois pages A4 » (E2)

- **La temporalité des interventions : le plus tôt possible**

Tous les pédiatres sont unanimes sur le fait qu'il faut informer le plus tôt possible. Cependant, il y a des divergences en ce qui concerne la vision du « plus tôt possible » entre les pédiatres.

« être précoce » (E2)

La prévention en prénatal diverge. Pour un pédiatre, il faudrait en parler lorsque l'on aborde le sujet de la mort subite. Pour d'autres, ce n'est pas un moment opportun pour la réceptivité des parents.

*« la consultation prénatale, je pense c'est utile d'en parler, quand on parle, justement, de la prévention de la mort subite » (E5)
« c'est trop lointain. Les parents se projettent pas sur leur bébé » (E2)*

Les pédiatres sont unanimes sur le fait de devoir faire de la prévention à la maternité. Cependant, pour un pédiatre, cela ne peut pas être fait par le pédiatre à cause d'un problème de disponibilité.

« à la maternité, avant que l'enfant rentre à la maison » (E5)

« le pédiatre aux HUG, vous oubliez, il a pas le temps de le faire, je veux dire même même s'il a la meilleure volonté du monde. » (E2)

La prévention en postnatal a été également mentionnée, notamment lors de la première consultation préventive par tous les pédiatres interviewés. Elle semble primordiale de leur point de vue, mais selon un pédiatre ce moment est déjà tardif, car le nourrisson a déjà un mois.

« c'est tard un mois. Si vous avez un bébé qui a toujours la tête du même côté, à un mois vous êtes déjà en train de ramer. » (E2)

La sensibilisation par la crèche a été abordée mais est aussi considérée comme tardive.

« un enfant commence la crèche à quatre mois, donc c'est déjà presque un peu trop tard » (E1)

L'implication des professionnels paramédicaux a été évoquée comme utile.

« si la physio vient aider la maman pour du biofeedback, bah elle peut en même temps en parler » (E2)

« les sages-femmes qui voient les enfants dans leur milieu, elles vont à domicile...ça se serait aussi un bon moyen de prévention.» (E5)

- Les stratégies conseillées

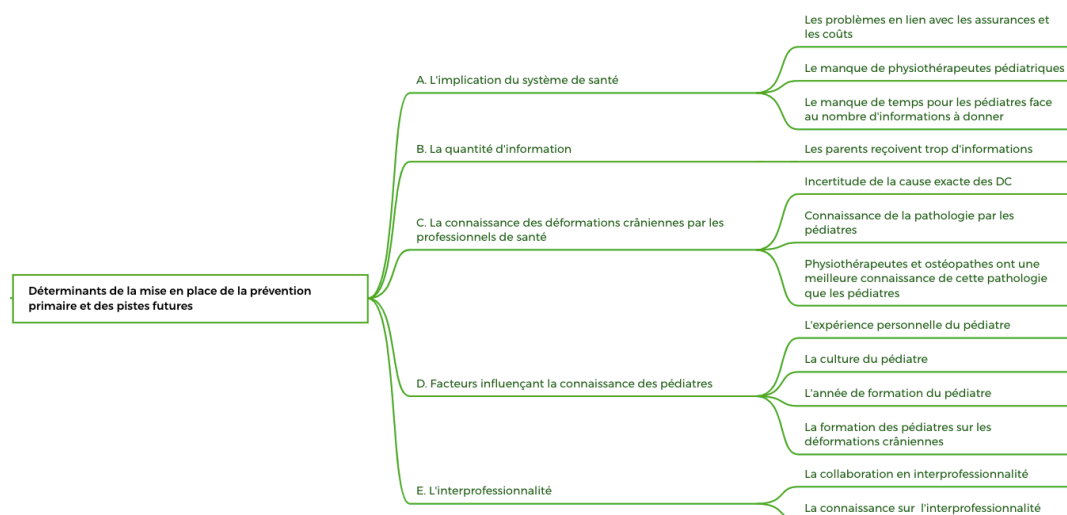
Une stratégie conseillée par un pédiatre pour agir en PP, est de considérer les parents et les autres PS comme des acteurs centraux de la PP et la prise en charge de cette pathologie.

« parler aux parents et puis de les prendre comme des acteurs » (E2)

« utiliser le réseau qu'on a autour les sages-femmes, les ostéos, les étioopathes, les physios » (E2)

6.2 Thème 2 : Déterminants de la mise en place de la prévention primaire et des pistes futures

Figure 3 : Thème 2



A. L'implication du système de santé

- Les problèmes en lien avec les assurances et les coûts

Les pédiatres ont évoqué plusieurs pistes afin d'améliorer la PP, mais un problème de financement a été mis en évidence. Les ateliers pour les parents seraient intéressants à

mettre en place par plusieurs PS afin de prévenir les DC, mais les coûts seraient trop élevés.

« ça pourrait être plusieurs professionnels, ce qui coûterait très cher » (E5)

Utiliser les physiothérapeutes pédiatriques pour des consultations préventives serait trop onéreux.

« ça ferait des frais énormes d'envoyer tout le monde chez le physio » (E1)

L'assurance a été souvent mentionnée comme un frein à la mise en place de pratique préventive, notamment dans la perspective de consultation préventive en physiothérapie.

« ces problèmes du remboursement et la prévention, bah c'est encore compliqué à faire comprendre à une haute sphère, que la prévention est tout aussi importante que le traitement. » (E2)

« c'est déjà tellement compliqué votre situation de remboursement, pour rajouter une consultation prénatale préventive ça devient bien compliqué je pense » (E3)

Pour certains, l'ostéopathie est un bon moyen de sensibiliser les parents, mais les parents doivent pouvoir payer les consultations.

« les ostéopathes, bah ils sont pas pris en charge par l'assurance de base, donc il peut y avoir un frein financier. » (E2)

- Le manque de physiothérapeutes pédiatriques

Bien que les consultations soient trop onéreuses, l'utilisation des physiothérapeutes en PP serait intéressante, mais il y a un manque de physiothérapeutes en pédiatrie dans le bassin genevois.

« en tout cas les physios spécifiques « enfants » y en a pas énormément à Genève...si je les surcharge avec des déformations crâniennes, je peux plus les avoir pour d'autres choses...vous vous restez quand même sur de la prise en charge...sinon vous allez vous (parlant des physiothérapeutes) faire manger tout cru » (E2)

- Le manque de temps pour les pédiatres face au nombre d'informations à donner

Les pédiatres ont évoqué le fait de ne pas toujours avoir assez de temps pour faire passer le message de prévention parmi tous les autres messages à véhiculer.

« les difficultés, c'est qu'il y a tellement de choses à discuter dans ces contrôles que bah, on peut être pris par le temps et que du coup on zappe » (E1)

« maintenant on nous pressurise un peu au niveau du temps remboursé, donc ça prend beaucoup de temps de discuter de toutes ces choses-là...puis du coup je pense que c'est forcément qu'on a des aspects qu'on sabre » (E5)

Face au manque de temps et à la quantité d'informations, les pédiatres doivent prioriser leur consultation de prévention en axant sur les besoins des parents.

« si les parents ont une autre problématique...et puis que leur enfant n'est pas déformé...ça va passer un peu à côté parce qu'il y a déjà plein d'autres choses et puis ben nous aussi, par le temps » (E1)

B. La quantité d'information

- Les parents reçoivent trop d'informations

En parallèle du point ci-dessus, les parents reçoivent trop d'informations que ce soit sous forme orale ou encore flyers, ce qui favorise les oublis de leur part.

« ils sont crevés et il y a 20'000 trucs qu'on discute...alors des fois peut-être ça leur passe un peu par-dessus » (E5)
« c'est triste à dire, mais je vois les carnets de santé français qui sont épais... il y a je sais pas combien de flyers...mais les parents ils lisent pas » (E2)

C. La connaissance des déformations crâniennes par les professionnels de santé

Les participants sont unanimes pour dire que les pédiatres connaissent cette pathologie, car ils y sont forcément confrontés dans leur pratique en cabinet.

« Ah oui oui oui bien sûr ! Enfin je veux dire, si tu vois un certain nombre de bébés tu vas forcément tomber dessus. » (E4)

Cependant, ils ne connaissent pas forcément tous la cause exacte des DC ou ne s'y intéressent pas forcément.

« on n'a plus foncièrement ni le temps ni l'envie d'aller chercher le pourquoi du comment, on va plutôt être pratico-pratique. » (E2)
« la physiopatho de la plagiocéphalie je sais pas, je connais pas grand-chose vraiment scientifiquement » (E5)

Pour un pédiatre, les physiothérapeutes et les ostéopathes ont une meilleure connaissance qu'eux.

« c'est peut-être les ostéos, les physios qui vont essayer plus de comprendre comment travailler dessus et je pense qu'au niveau physiopathologie, anatomie c'est probablement meilleur que nous. » (E2)

D. Les facteurs influençant la connaissance et la pratique des pédiatres en lien avec les déformations crâniennes

Plusieurs facteurs ont été évoqués comme influençant la pratique et les connaissances.

- **L'expérience personnelle du pédiatre**

« une amie...je me souviens elle avait dit « mais si le pédiatre m'avait dit...j'aurai fait beaucoup plus attention et on en serait peut-être pas arrivé à avoir le casque » ...ça m'avait assez marqué, j'étais pas encore en cabinet et puis je m'étais dit « oups », là ça c'est vraiment un truc qu'il faut faire attention » (E1)
« Alors moi j'ai eu ma fille qui est une grosse prématurée, donc j'ai appris aussi par ma propre expérience à la manipuler. » (E2)

- **La culture du pédiatre**

« je pense que culturellement, chacun à sa façon de gérer les plagios » (E4)

- **L'année de formation du pédiatre**

Elle est associée aux formations données et aux intérêts de santé du moment.

« parce qu'on a des vieux dinosaures hein, qui ont fait leur formation même avant moi...et puis y a des tout jeunes, qui viennent de sortir...on a tous notre manière de fonctionner. » (E2)

- **La formation des pédiatres sur les déformations crâniennes**

Les pédiatres sont unanimes en ce qui concerne le manque de formation pré et post-diplôme sur ce sujet.

« on n'a pas de formation » (E2)
« y a certains pédiatres qui sont moins sensibilisés et puis qui vont moins faire de la prévention primaire, et puis on est pas tous égal entre pédiatre... on est pas assez bien formé » (E1)

Les formations continues ne sont pas obligatoires sur ce sujet, donc s'il existe une formation continue sur ce sujet, pas tous les pédiatres auront forcément la même formation et donc connaissance.

« on peut faire ce qu'on veut...on choisit bah les domaines qui nous intéressent plus...,donc ça ne veut pas dire que même si maintenant y avait une super formation sur les plagiocéphalies que tous les pédiatres y participeraient » (E1)

Les pédiatres sont alors confrontés à eux-mêmes en apprenant sur le terrain, en cabinet.

« je me souviens vraiment pas à l'hôpital d'avoir abordé...c'est une fois qu'on est en cabinet qu'on voit ça...on apprend un peu des fois sur le tas » (E1)

Une formation à ce sujet serait intéressante selon eux et elle pourrait même être interprofessionnelle.

« oui, pourquoi pas ? (S'exprime sur l'intérêt d'une formation) Parce que c'est toujours intéressant d'apprendre si y'a des nouvelles recommandations pour ne pas rester bête, là, dans son coin » (E5)

« avec les physios et les ostéos, juste pour comprendre ce qu'ils font parce que, moi, je sais pas, on voit jamais ce qu'ils font » (E4)

E. L'interprofessionnalité

Pour les pédiatres, il manque d'interprofessionnalité autour de la prévention de cette pathologie.

• La collaboration en interprofessionnalité

Les flyers qui sont faits par d'autres professionnels comme PhysioSwiss ne sont pas partagés chez tous les pédiatres.

« nous on ne l'a pas reçu...je l'ai jamais vu passer. J'ai toujours le flyer des HUG. » (E2)

Les pédiatres ne parlent pas forcément entre eux de cette pathologie.

« c'est vrai qu'on n'en parle pas beaucoup » (E2)

• La connaissance sur l'interprofessionnalité

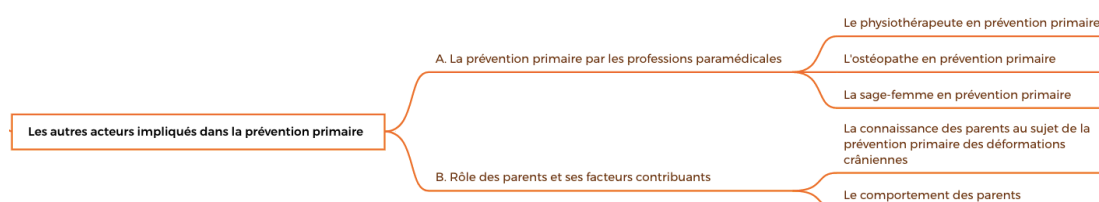
Les connaissances sur la pratique des autres professions de la santé sont peu connues que cela soit en pratique de prise en charge ou en matière de PP.

« manque de connaissance sur ce que le physio fait » (E5)

« les sages-femmes qui viennent à la maison...euh je sais pas, honnêtement, s'ils font de la prévention ou pas » (E1)

6.3 Thème 3 : Les autres acteurs impliqués dans la prévention primaire

Figure 4 : Thème 3



A. La prévention primaire par les professions paramédicales

- **Le physiothérapeute en prévention primaire**

La place centrale des physiothérapeutes : Un pédiatre exprime le fait que les physiothérapeutes seraient les professionnels les mieux placés pour mettre en place de la PP notamment par leurs connaissances au sujet de cette pathologie.

« je pense qu'en tout cas pour mettre en place la prévention, oui, vous êtes quand même les mieux placés. » (E2)

« les physios, qui vont essayer plus de comprendre comment travailler dessus et je pense qu'au niveau physiopathologie, anatomie c'est probablement meilleur que nous. » (E2)

La prévention primaire lors des consultations de physiothérapie : Il ressort des entretiens que les physiothérapeutes n'ont pas de place clairement définie actuellement pour mettre en place la PP, en effet quatre pédiatres sur cinq ressortent cet argument.

« parce que l'on va pas envoyer tous les patients chez le physio quoi (rigole !). » (E1)

« vous (parlant des physiothérapeutes), vous restez quand même sur de la prise en charge...sinon vous allez vous faire manger tout cru » (E2)

« je ne vois pas comment vous (en parlant des physiothérapeutes) pouvez, c'est déjà tellement compliqué votre situation de remboursement » (E3)

« je sais pas trop, parce que tous les nouveau-nés n'y vont pas forcément. » (E5)

En revanche, ils mentionnent que malgré tout, ils envoient les parents chez le physiothérapeute dans le but de faire de la PP pour des problèmes de développement moteur, ou encore par la prévention des facteurs de risque ou pour de la guidance parentale et du positionnement dans le quotidien de la vie des nourrissons.

« de stimuler le développement...c'est de la prévention primaire. » (E1)

« je leur (parlant des physiothérapeutes) envoie pour vraiment montrer aux parents les positions » (E2)

« le physio va plus montrer les exercices ou les positionnements ou des trucs comme ça aux parents...par exemple, si y'a un torticolis alors là j'envoie chez le physio » (E5)

Plusieurs pédiatres nous ont aussi dit que les physiothérapeutes non spécialisés en pédiatrie pourraient prendre une place en PP lors des consultations de physiothérapie pour les parents.

« peut-être qu'ils viennent pour autre chose (accentue ses paroles avec des gestes de mains) et que du coup vous (en parlant des physiothérapeutes) pouvez en parler. » (E1)

« les physios qui voient les mamans, qui font de la rééducation du périnée par exemple (acquiesce avec la tête de haut en bas), pourraient profiter » (E5)

La formation par les physiothérapeutes : Les pédiatres voient les physiothérapeutes également pour donner des formations, et ce, auprès des pédiatres mais également des autres PS.

« je pense que les physios, ce serait par la sensibilisation des professionnels qui sont au contact tout le temps » (E1)

« sinon, bah de promouvoir auprès des pédiatres l'utilité de faire ceci ou cela ou d'envoyer l'enfant chez le physio. » (E5)

Les ateliers par les physiothérapeutes : Un deuxième sujet a été abordé à l'unanimité par les pédiatres au sujet de la place à prendre des physiothérapeutes dans des ateliers préventifs.

En répondant à notre question, à propos de qui pourrait mettre en place ces ateliers, des pédiatres, nous ont répondu que les physiothérapeutes seraient des professionnels adéquats pour ce rôle.

« Les physios ! (D'un ton franc, sourit et rigole) » (E2)

La mise en place des guidelines : Les physiothérapeutes pourraient mettre en place des guidelines afin d'uniformiser les pratiques des différents professionnels et conseiller les parents.

« je pense que vous pouvez faire de la prévention sous forme de guidelines, sous forme de choses que les gens pourraient faire » (E2)

- L'ostéopathe en prévention primaire

La connaissance des ostéopathes : Elle a été mise en avant, au même titre que les physiothérapeutes.

« les ostéos...qui vont essayer plus de comprendre comment travailler dessus...au niveau physiopathologie, anatomie c'est probablement meilleur que nous. » (E2)

La prévention primaire lors des consultations d'ostéopathie : Le rôle des ostéopathes est moins unanime, avec des points de vue différents selon les pédiatres. Certains mettent en évidence le rôle pour la guidance parentale, d'autres encore pour le mouvement ou les positions préférentielles, mais également pour sensibiliser les parents.

« chez l'ostéo, pas pour les manipulations, mais c'est plus pour la guidance parentale qu'ils allaient faire, sur comment on positionne » (E1)

« parce qu'il y a des problèmes de mouvement, que l'enfant il bouge pas assez, alors là ! (Geste de la main) j'envoie (en parlant de l'ostéopathe) » (E4)

« s'il a quand même une préférence d'un côté bah je l'envoie assez vite chez l'ostéopathe personnellement » (E5)

« il y en a des parents qui sont sensibilisés s'ils ont été chez l'ostéo. » (E1)

Néanmoins, ils sont presque tous d'accord pour dire que les ostéopathes ont leur place dans les mobilisations dites « passives ».

« les massages » (E2)

« l'ostéo va un peu débloquer les tensions ou les trucs comme ça » (E5)

Un pédiatre met en avant le fait qu'elle envoie systématiquement chez l'ostéopathe.

« j'ai autour de moi un réseau avec quatre, cinq ostéos avec qui je travaille et je les envoie pratiquement systématiquement. » (E2)

Un pédiatre nous exprime aussi qu'il serait intéressant d'y aller de toute façon après l'accouchement, pour autant, il ne nous affirme pas qu'il les envoie systématiquement.

« du moment qu'il y a eu un accouchement, et tout de toute façon ça fait du bien » (E5)

- La sage-femme en prévention primaire

Place centrale de la sage-femme : Tous les pédiatres nous ont évoqué l'intérêt des sages-femmes dans cette problématique en PP.

Un pédiatre appuie ce point par l'avantage de leur lien étroit avec les familles dans les premiers jours de vie du nourrisson.

« c'est vrai que la sage-femme, c'est la personne qui est là dès le départ, dans les premiers jours de vie » (E2)

« via les sages-femmes qui sont vraiment le premier interlocuteur » (E2)

« parce que les sages-femmes, elles reviennent des fois tous les jours, hein, au début » (E2)

Les consultations des sages-femmes : Différentes temporalités de consultations sont mises en avant par les pédiatres pour véhiculer la PP.

La majorité des pédiatres mentionnent les cours de préparation à la naissance.

« je pense que ce serait plutôt les sages-femmes qui pourraient en parler au lieu de rajouter encore un autre professionnel...Je pense plutôt en fin de grossesse quand y'a la préparation » (E4)

De façon unanime, lors des consultations sages-femmes à la maternité ou en post-partum.

« toutes les sages-femmes qui viennent voir les enfants à la maison, au suivi, lors des premiers mois » (E3)

« à la maternité, avant que l'enfant rentre à la maison » (E5)

B. Rôle des parents et ses facteurs contribuant

- La connaissance des parents au sujet de la prévention primaire des déformations crâniennes

Différents discours nous ont été rapportés, premièrement que les parents sont plus sensibilisés qu'avant.

« je ne sais pas s'il y a plus de connaissance, mais il y a plus de sensibilisation » (E2)

Deuxièmement, plusieurs pédiatres expriment que les parents qui ont un enfant concerné dans leur entourage sont davantage conscients du sujet, tout comme ceux qui ont reçu de l'information d'autres professionnels.

« Mais du coup je sais pas trop s'ils savent ou pas, je pense que des parents qui ont déjà des enfants oui, mais premier enfant probablement pas. » (E5)

« je crois que les parents y connaissent, enfin j'ai l'impression qu'ils sont quand même renseignés parce que bon voilà y a quand même les sages-femmes » (E4)

Deux pédiatres expriment que les parents auraient de la méconnaissance à ce sujet.

« je pense qu'ils ne doivent pas connaître tellement » (E1)

« je ne suis pas sûr qu'ils soient conscients que ça soit un problème de position » (E3)

- Le comportement des parents

La réceptivité : Nous avons obtenu des témoignages nuancés à ce sujet. Pour certains, les parents sont plus réceptifs, plus à l'écoute qu'à l'époque, et suivent avec attention les conseils des pédiatres.

« évidemment ce qu'on dit comme pédiatre à quand même pas mal de valeur pour eux » (E1)

« ouais ils sont plutôt...preneurs » (E5)

« les nouveaux parents sont très à l'écoute, si on leur dit « bougez-les » ils vont tout de suite faire » (E2)

Pour un pédiatre, l'avis est mitigé, les parents se sentiraient plus concernés s'ils sont eux-mêmes inquiets ou s'ils évoquent une plainte.

« en fait aussi souvent les parents, ont pas forcément la plainte d'eux-mêmes en se disant « ouf c'est tout plat »...si on n'est pas demandeur, on n'a pas de plainte, ça va passer un peu à côté, parce qu'on se sent pas forcément très concerné » (E1)

« je pense pas que les parents le feraient si ils sont pas eux-mêmes inquiets » (E1)

Pour d'autres encore, les parents sont peu impliqués, ne se sentent pas concernés ou ne peuvent tout simplement pas suivre les conseils des pédiatres pour différentes raisons.

« des fois c'est ça qui est difficile avec les parents, c'est de leur faire comprendre, parce qu'y en a qui sont là « non, mais ça va aller » » (E2)

« on dit quelque chose, on donne un conseil et puis en fait pour les parents c'est juste pas possible quoi. » (E4)

La proactivité : Les pédiatres expriment également des notions de proactivité avec des parents qui vont chercher sur internet l'information, qui questionnent les pédiatres, qui demandent des séances d'ostéopathie ou qui s'y rendent eux-mêmes.

« en général, elles ont déjà lu tellement de choses sur internet qu'elles savent simplement...et puis les parents ils vont te demander, hein, « la tête elle est comment ? La tête elle est pas trop plate ? » » (E4)

« il y a des parents, y en a qui vont un peu systématiquement chez l'ostéopathe après une naissance » (E1)

« ouais, ils sont plutôt demandeurs » (E5)

Les pédiatres expriment que les parents ont peu d'intérêt pour les flyers. Ils mentionnent que s'ils ne sont pas inquiets, ils ne vont pas aller chez le physiothérapeute en PP.

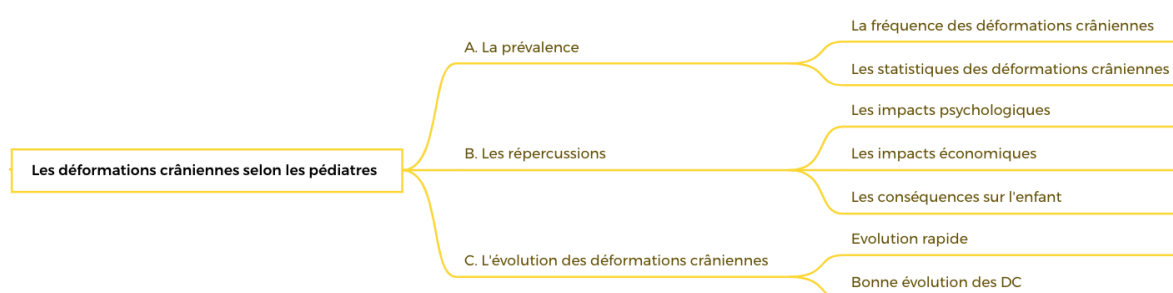
« quand on donne des flyers, des trucs à lire...déjà y'en a qu'oublie directement sur le bureau, donc on sait qu'ils ne sont pas trop intéressés » (E1)

« les parents si on leur met 15'000 flyers, ils ne lisent pas. » (E2)

« des fois c'est les parents qui veulent pas entendre ou qui peuvent pas entendre que leur enfant doit être manipulé...pour eux, ils voient pas l'indication » (E2)

6.4 Thème 4 : Les déformations crâniennes selon les pédiatres

Figure 5 : Thème 4



A : La prévalence

- **La fréquence des déformations crâniennes :** Les avis sont divergents concernant la fréquence des DC.

Pour certains pédiatres, il y aurait une diminution des cas.

« je pense que, moi, j'en ai moins » (E5)

Au contraire, un autre pédiatre constate une augmentation.

« j'aurai tendance à dire qu'y en a un peu plus maintenant » (E4)

Finalement, pour d'autre, il y a une certaine stabilité ou encore des variations dans le temps.

« j'ai pas l'impression que ça change, ça doit être assez stable » (E1)

« J'ai l'impression que c'est par vague, des fois y'a, des fois y'a pas » (E3)

Malgré ces divergences, il y a un point commun : c'est une pathologie qui est rencontrée fréquemment en cabinet pédiatrique.

« c'est peut-être pas un sujet quotidien, mais chaque semaine on doit y être confronté, ouais, en cabinet » (E1)

« j'en ai comme toujours, régulièrement » (E2)

Pour certains pédiatres, il y en a moins depuis qu'ils font de la PP à ce sujet.

« j'en ai moins...peut-être parce que j'en parle plus » (E5)

« Tandis que maintenant, en tout cas moi, je suis quand même beaucoup plus proactif, donc j'ai l'impression que j'en ai un peu moins » (E2)

- Les statistiques des déformations crâniennes

Tous les pédiatres ont répondu qu'ils n'ont pas de connaissance concernant l'existence de statistiques et l'explication pourrait être qu'il n'y a pas de recensement des cas.

« Mais sinon, au niveau statistique je sais pas. » (E2)

« parce que nous, on les note pas non plus » (E4)

B. Les répercussions

- Les impacts psychologiques

Selon les pédiatres, les parents peuvent être impactés psychologiquement par cette pathologie que ça soit à cause de l'esthétique ou par l'inquiétude de conséquences sur le développement cérébral de l'enfant à cause du casque.

« on est dans une urgence psychologique parce que c'est des parents qui sont au fond du trou...c'est tout ce deuil, ce deuil de l'enfant parfait » (E2)

« les parents sont quand même assez inquiets de l'esthétique » (E5)

« au niveau du développement...c'est surtout ça qu'inquiète les parents » (E1)

« le passage du casque qui n'est pas évident. » (E2)

- Les impacts économiques

Les DC engendrent des coûts économiques importants à la société, mais également aux parents par les prises en charge et par le prix du casque dans certains cas.

« si on veut parler des surcoûts, les suivis, les casques, les suivis ergo, c'est quand même un coût » (E2)

- Les conséquences sur l'enfant

Pour les pédiatres, la conséquence de cette pathologie est unanimement esthétique et sans conséquence sur le développement cérébral et pour ces raisons ce n'est pas une problématique grave.

« c'est uniquement esthétique, ça a aucun effet sur le cerveau » (E5)

« c'est pas gravissime » (E2)

C. Evolution des déformations crâniennes

- L'évolution rapide des DC

L'évolution des DC est rapide dans les deux sens du terme. Dans son installation et dans son traitement.

« ça peut aller vite dans un sens, mais ça peut aussi aller assez vite dans l'autre sens » (E1)

- Bonne évolution des DC

Dans tous les cas, son évolution reste favorable en général.

« ça se remet bien en place » (E5)

6.5 Analyse du non-verbal

Durant la passation de nos entretiens, le langage non-verbale a été noté afin de les faire correspondre par la suite avec les réponses des participants. Ces attitudes pertinentes ont été incorporées directement dans nos retranscriptions.

Le début des entretiens était davantage fermé, nous avions l'impression que certains pédiatres ne savaient pas à quoi s'attendre et redoutaient les questions qui allait être posées. Certains semblaient intimidés ou inquiets. Nous avons veillé à prendre le temps de les rassurer en précisant qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ces attitudes s'exprimaient par des postures, bras et jambes croisés, des épaules enroulées et un regard plutôt orienté vers le bas lors des premières réponses. Un pédiatre nous a montré une attitude-non verbale décontractée dès le début par une posture ouverte sur sa chaise, penché en avant vers nous.

Après les premières questions, les participants ont tous eu des expressions corporelles qui nous ont fait penser qu'il se sentait davantage à l'aise dans l'entretien et les réponses. Les bras se sont décroisés, ils ont commencé à sourire et parler davantage avec les mains en décrivant leur propos. Des sourires et des rires ont aussi émergé. Le pédiatre qui était relativement ouvert dès le départ s'est encore plus ouvert à nous en s'appuyant de trois-quarts, en faisant des touches d'humour et en ajoutant encore plus d'expressions faciales selon les discours qu'il tenait.

Les regards ont été de plus en plus présents et appuyés selon les propos et les sujets abordés. Le rythme des réponses n'a pas beaucoup changé durant les entretiens. Parfois les réponses arrivaient vite et parfois elles nécessitaient un temps de réflexion de la part du pédiatre. Un seul pédiatre a eu des réponses courtes et très rapides durant tout l'entretien. Les quatre autres pédiatres ont généralement répondu avec des phrases relativement longues.

Lorsque nos participants parlaient de sujet qui les mettait en difficulté ou leur posait problème, nous pouvions remarquer des changements de positions brusques, des redressements, des expressions faciales de frustration notables dans certains cas.

À la fin de l'entretien, tous les participants étaient décontractés et souriants et nous ont remerciés d'avoir récolté leur point de vue.

7. Discussion

La discussion de notre travail sera divisée en plusieurs sections. Tout d'abord, nous présenterons une synthèse de nos résultats en mettant en évidence l'essentiel de ces derniers et en exposant les liens avec la littérature. Ensuite, nous ferons le lien avec nos hypothèses de départ et y répondrons. Puis, il est également essentiel pour nous d'évaluer les biais et les difficultés de notre travail afin d'y apporter une vision la plus objective possible. Nous poursuivrons avec les forces de notre étude afin de mettre en évidence la valeur de nos propos. Nous apporterons, par notre positionnement notre regard physiothérapeutique sur les résultats de ce travail. Pour finir, nous engagerons une discussion sur les perspectives pour les futures recherches.

7.1 Analyse des principaux résultats et mise lien avec la littérature

Dans cette partie de discussion, nous allons explorer les axes principaux ressortant de notre travail et conclure en dressant un état des lieux de la situation selon notre point de vue. Notre objectif est de mettre en évidence l'enjeu majeur de ce sujet qui s'est avéré être hautement complexe.

Place des pédiatres dans le contexte de la PP des déformations crâniennes :

Dans le cadre de notre travail, nous avons pour objectif de recueillir le point de vue des pédiatres du bassin genevois, puisque ce sont les professionnels de référence impliqués dans la réalisation de la PP le plus tôt possible auprès des parents.

Nos résultats ont confirmé leur place centrale dans la prévention primaire, en particulier lors de la consultation de prévention à un mois où ils vont transmettre les informations relatives à la PP des DC par différents moyens : la communication, la démonstration, des flyers, ou encore la vidéo des HUG. Pour ne pas oublier ces informations, ils utilisent tous une checklist durant leurs contrôles de développement avec une case « prévention DC ». Le fait que tous les pédiatres interviewés ont répondu qu'ils faisaient de la PP nous a enjouées. Nous sommes cependant conscientes que par le peu d'échantillon que nous avons, nous ne pouvons pas généraliser les résultats à tous les pédiatres pratiquants dans le bassin genevois. Il est possible qu'avec un échantillon plus volumineux nous aurions eu des résultats peut-être différents.

Ils vont également rechercher les facteurs de risque pouvant induire une DC. S'ils constatent une DC, ils vont effectuer un diagnostic différentiel afin d'écarter ou de confirmer une craniosynostose. Dans le cas de la mise en évidence d'un ou de plusieurs facteurs de risque, ils ont un rôle de prescripteurs auprès des physiothérapeutes ou ostéopathes. Ce qui nous a interpellé, c'est que la majorité des pédiatres interviewés ont avoué avoir une meilleure connaissance de l'ostéopathie que de la physiothérapie et adressent donc plus volontiers les nourrissons avec des facteurs de risque ou des DC chez les ostéopathes.

Cependant, lorsque l'on prend les recommandations actuelles concernant les prises en charge des DC, la physiothérapie devrait être favorisée et dans certains cas être complémentée par des séances d'ostéopathie en seconde intention (HAS, 2020a).

Étant donné que la prise en charge des DC est souvent basée également sur la gestion des facteurs de risque, il faudrait donc favoriser la physiothérapie afin de travailler sur la détente musculaire lors de torticolis ou encore sur la stimulation du développement moteur afin d'éviter l'apparition des DC. Cette préférence pour les ostéopathes, serait-elle également en lien avec le peu de physiothérapeutes pédiatriques dans le bassin genevois ? Certains pédiatres nous l'ont effectivement évoqué. Il serait donc important de former plus de physiothérapeutes pédiatriques à l'avenir afin de pouvoir agir en PP et secondaire.

Situation fréquente en cabinet pédiatrique :

La situation des DC dans le bassin genevois est hétérogène selon les différents pédiatres. Malgré ces divergences, tous les pédiatres s'accordent à dire que les DC sont une pathologie fréquente en cabinet pédiatrique.

Williams et Galea (2023) en parlent même comme une épidémie.

Répercussions

Les DC peuvent avoir différentes répercussions selon les pédiatres : La principale évoquée étant sur l'esthétique de l'enfant ; les impacts psychologiques sur les parents en raison de l'inquiétude quant aux conséquences sur le développement cérébral, le port du casque mais également l'aspect esthétique de leur enfant. Elle peut également engendrer des coûts économiques importants pour les parents et la société en raison des traitements et des casques nécessaires.

La littérature évoque également des répercussions importantes sur la qualité de vie des parents, notamment accentué lors de l'utilisation des casques orthopédiques (Martiniuk et al., 2016 ; Ryall et al., 2021). Concernant les impacts économiques, Martiniuk et al. (2016) mentionnent des coûts directs liés notamment à la prise en charge des DC avec casque, coûts pouvant monter jusqu'à 2 500 \$ et des coûts indirects liés aux déplacements ou encore aux congés pour placer les rendez-vous avec les différents PS gravitant autour de la prise en charge du nourrisson.

L'importance de la PP des DC

D'un point de vue général, nos participants ont exprimé l'importance de la PP des DC et selon eux, elle doit continuer à être favorisée, d'autant qu'elle est jugée comme facile à mettre en place, qu'il existe des répercussions et que les cas sont fréquemment rencontrés.

De plus, selon eux, la PP serait bénéfique pour diminuer la prévalence des DC. En effet, certains ont constaté une diminution des cas depuis qu'ils font de la PP à ce sujet. Elle serait également bénéfique pour éviter des surcoûts en soins de santé et des conséquences psychologiques chez les parents.

Difficultés et problématiques autour de la PP des DC

Ce qui nous a interpellé, c'est que la facilité de la PP a été mentionnée par les pédiatres et ils ont évoqués réussir à mettre en place de la PP dans leur pratique. Cependant, comme on le voit dans les résultats, il y a tout même des problématiques impactant la PP qui ont été relevées durant les entretiens. Nous nous apercevons que la PP, s'inscrit dans un contexte

tendu et complexe qui met en jeu des problématiques variées de types socio-sanitaires et économique-politiques.

Premièrement, de manière unanime, les pédiatres ont mentionné qu'ils ne peuvent pas s'appuyer sur des lignes directrices leur permettant une pratique commune en matière de PP. Ils expliquent ceci :

- Par un manque de guidelines officielles sur la PP des DC.
- Par le fait qu'ils n'ont pas de formation dédiée sur le sujet et que, de ce fait, ils acquièrent leur expérience de manière empirique. Cette expérience peut être influencée par leur expérience personnelle, leur culture ou encore leur année de diplôme.

Concernant les guidelines, seulement un pédiatre mentionne qu'il serait intéressant d'en avoir pour uniformiser les pratiques et conseils à donner. On peut donc se questionner si le fait de ne pas avoir de guidelines est vraiment perçu comme une difficulté pour les pédiatres ? Néanmoins, ils ont pratiquement tous relevé un intérêt pour des formations spécifiques à ce sujet ce qui pousse à croire que leur pratique et leurs connaissances peuvent tout de même être développées.

Williams et Galea (2016) mentionnent que les infirmières évoquent leur intérêt pour un meilleur développement professionnel autour de cette pathologie. De plus dans leur étude de 2023, ils expriment l'intérêt de la formation des équipes soignantes afin de contribuer à transmettre aux parents des informations de qualité. Ils appuient également le fait que la PP n'est actuellement pas une priorité au vu des littératures actuelles en la matière qui sont davantage axées sur les DC et leur diagnostic, les facteurs de risque ou encore sur la prise en charge des DC. L'élaboration de guidelines officielles en PP est donc difficile.

Malgré ce manque de guidelines officielles en termes de PP, nos participants ont tous abordé l'importance des conseils préventifs basés en particulier sur les changements de positions, l'importance de la position ventrale durant les périodes d'éveils surveillées et de favoriser la motricité libre afin de stimuler et d'encourager notamment le développement moteur. Ils conseillent également de surveiller la présence d'une préférence positionnelle afin de pouvoir agir le plus rapidement possible. Seul un pédiatre a évoqué conseiller à quatre mois de vie : l'utilisation de transat pour diminuer l'appui vertical de la tête ou encore l'utilisation de coussin adapté pour cette problématique. Cependant n'ayant pas approfondi le sujet lors de l'entretien, notamment concernant les modalités données par ce pédiatre, nous ne pouvons donc pas en tirer des conclusions malgré que cela ne coïncide pas à première vue avec les dernières recommandations axées sur la motricité du nourrisson.

Williams et Galea (2023) avaient pour but de passer en revue la littérature afin de mettre en avant les meilleures stratégies en termes de prévention primaire. Il ressort différents conseils qui semblent utiles à véhiculer comme ; le changement de position avec un accent porté sur la position à plat ventre lors de l'éveil, d'éviter les temps prolongés dans les sièges voitures en dehors de son utilisation principale, mais surtout avec un accent porté sur l'importance de favoriser le développement moteur de l'enfant en respectant le concept de motricité libre. Ils mentionnent également que les coussins spécialement conçus pour les DC ne sont plus recommandés contrairement à il y a quelques années.

Nous pouvons donc nous apercevoir que ce manque de lignes directrices influence directement la PP des DC, en particulier sur les conseils véhiculés. Bien que lors de nos entretiens, les conseils étaient relativement similaires, il est difficile pour les pédiatres de connaître les dernières recommandations. D'ailleurs, un pédiatre nous a interrogées sur les nouvelles recommandations durant l'entretien en avouant ne pas savoir si les recommandations avaient évolué. De plus, le fait qu'un pédiatre nous a mentionné l'utilisation du coussin peut nous faire éventuellement penser que les nouvelles recommandations ne circulent pas assez bien.

Deuxièmement, une problématique importante relevée par les pédiatres est liée au système de santé et les assurances :

- Il serait difficile d'avoir un financement pour des consultations préventives chez les physiothérapeutes ou les ostéopathes ainsi qu'à financer des éventuels ateliers préventifs à ce sujet, malgré leur utilité perçue par les pédiatres interrogés.
- Si les consultations préventives chez les physiothérapeutes étaient prises en charge, nous serions confrontés au problème du manque de physiothérapeutes pédiatriques dans le bassin genevois.
- Un problème de temps dans leurs consultations de prévention a été mentionné par de nombreux pédiatres, que ce soit causé par le temps remboursé de la consultation, mais également par la quantité d'informations importante à transmettre aux parents. Ils doivent prioriser leurs consultations en axant sur les besoins des parents et de l'enfant, ce qui peut entraîner une négligence des mesures de prévention des DC. Ils ont cependant mentionné un avantage dans leur profession : les rendez-vous de consultations de prévention espacées d'un mois, permettent de revenir sur les points non mentionnés à la visite des un mois, par exemple.

Bien évidemment, ceci interroge : ne serait-ce pas trop tard sachant que l'incidence la plus élevée est entre sept et 12 semaines selon Williams et Galea (2023) ?

Troisièmement, les parents reçoivent beaucoup d'informations dans les premiers mois de vie du nourrisson, ce qui peut favoriser les oublis importants selon les pédiatres. Cela pose donc la question de savoir quand serait-ce le meilleur moment pour transmettre les informations relatives à la PP des DC ? Les pédiatres ne savent pas quelle est la temporalité optimale pour véhiculer la PP, notamment par le fait qu'aucune guideline n'est établie actuellement. Ils font donc de la PP selon la temporalité qui leur paraît la plus optimale. Néanmoins, nous constatons que pour tous les pédiatres, il faut agir le plus tôt possible.

Williams et Galea (2023) évoquent ce débat dans la littérature et aboutissent sur le fait que la PP doit être faite au plus tôt dans la vie de l'enfant, dès sa naissance de préférence. La maternité est considérée comme intéressante, mais les émotions vécues par les parents à ce moment-là pourraient constituer un frein à l'assimilation des informations. L'article conclut en recommandant de véhiculer les informations entre deux et quatre semaines de vie du nourrisson. Si l'on se fie donc à cet article, la première consultation de prévention chez les pédiatres à un mois est la limite haute pour agir de manière optimale.

Quatrièmement, selon nos pédiatres, il y aurait encore un manque d'information sur la PP auprès des parents, malgré une amélioration depuis quelques années. Ceci serait, en partie

à cause d'un manque de communication entre les parents et les pédiatres, mais également par un manque de communication interprofessionnelle (soit entre les pédiatres eux-mêmes, soit entre les pédiatres et les autres professionnelles de santé). Ce qui rend d'autant plus difficile l'uniformisation des connaissances et des pratiques et qui peut entraîner une perte d'informations.

Martiniuk et al. (2016) mettent en évidence ce manque d'informations et connaissances dans leur étude qualitative où les parents se plaindraient d'un manque de communication à ce sujet ou encore que les informations véhiculées seraient trop divergentes entre les différents PS, ce qui entraîne de la confusion pour les parents dans les pratiques à effectuer.

Koren et al. (2010) décrivent plusieurs obstacles mentionnés par différents PS dans leur pratique comme : un manque de temps ou encore des confusions concernant les directives en termes de conseil de prévention, en particulier sur les positionnements comme la position ventrale.

Cinquièmement, le rôle des parents et en particulier leur comportement est également une problématique pouvant influencer la PP des DC. Effectivement, malgré des informations transmises par les PS, certains parents peuvent être réceptifs et proactifs alors que d'autres non. Cela va donc influencer les acquisitions et la mise en place des conseils par les parents. Ces comportements sont importants à prendre en compte afin de s'adapter à chaque parent et ainsi favoriser cette PP. De plus, de nombreux éléments influencent leurs comportements, comme les dires des pédiatres ou encore leurs inquiétudes.

Martiniuk et al. (2016) mettent en avant la diversité des comportements parentaux. Certains professionnels ont déclaré avoir des parents très sensibilisés et proactifs dans la santé de leur enfant et d'autres plutôt passifs et qui tardent avant de consulter malgré parfois une DC très avancée.

Selon Trottier et al. (2023), le comportement des parents et en particulier leur motivation ainsi que leur adhérence aux pratiques préventives peuvent être influencées négativement par une confusion face à une divergence dans les recommandations des PS ou par un manque de temps en particulier dans les fratries nombreuses. Cependant, une bonne éducation sur les DC avec des informations claires et complètes, une information sur les potentielles conséquences des DC ou encore un soutien des PS motiveraient les parents dans ces processus actifs de leur part.

Finalement, nous identifions deux hypothèses potentielles des dires des pédiatres pouvant influencer l'importance portée sur cette pathologie et donc également limiter la prévention primaire de cette dernière.

- Le fait de ne pas avoir de statistiques sur le nombre de cas de DC.
- Le fait qu'actuellement la pathologie est considérée comme non-prioritaire car la conséquence est principalement esthétique selon la littérature et nos participants

Ces points nous ont questionnées. En effet, ces points-ci ne joueraient-ils pas en défaveur de la mise en place de la PP par un manque d'intérêt et de reconnaissance ? Le manque de statistique, viendrait-il d'une absence de plainte des pédiatres ? Ou encore d'une non-

reconnaissance de cette pathologie ? Car on considérerait que les conséquences ne sont pas importantes ? Nous ne pouvons malheureusement pas répondre à cette question, mais il est important de retenir qu'actuellement, la PP reste primordiale afin de limiter les conséquences sur l'enfant, les parents, mais également sur le système de santé.

Pour conclure, la simplicité théorique de la mise en place de mesures préventives perçue par les pédiatres nous interpelle et nous interroge, car ils estiment tout de même qu'il existe encore certains manquements qui entravent leur mise en œuvre optimale (l'absence de lignes directrices pour la PP des DC ; les difficultés liées au système de santé et aux assurances ; la surabondance d'informations dans les premiers mois de vie du nourrisson ; le manque d'informations sur la PP pour les parents ; le comportement des parents).

En fin de compte, la question à se poser est : les difficultés rencontrées ci-dessus dans la mise en place de programmes de PP sont-elles réellement prises en compte ? Ce que nous retenons de cela, c'est que les pédiatres considèrent que les conseils à transmettre ne sont pas nécessairement complexes, mais en l'absence d'orientations claires sur les pratiques et conseils à adopter, l'objectif final auprès des parents peut s'avérer inefficace. Nous pensons donc qu'il est nécessaire de mettre en lumière ces différentes difficultés afin que les différents professionnels intervenant autour de cette problématique soient conscients que de nombreux éléments influencent leurs informations transmises aux parents et qu'il est nécessaire de s'adapter en fonction des situations afin d'être le plus efficace possible.

Solutions proposées par les pédiatres pour pallier à certaines problématiques :

Face aux problématiques évoquées ci-dessus, tous les pédiatres ont mentionné différentes solutions qui pourraient être mises en place afin d'améliorer la PP des DC.

- La mise en place d'ateliers spécifiques à ce sujet – que cela soit en y intégrant aux ateliers déjà existants pour les jeunes parents (préparation à la naissance) ou en créant un atelier à part – car il est ressorti que les parents sont plus réceptifs à cette méthode de transmissions d'informations par rapport à des flyers qu'ils n'ont pas la possibilité de lire.
- Une solution évoquée par un pédiatre serait de créer des guidelines officielles en matière de PP pour aider les pédiatres à intervenir plus tôt et plus efficacement.
- Les flyers sont utiles selon eux, mais ils doivent être plus concis avec les informations les plus importantes à retenir.

Williams et Galea (2016) ont recensé différentes stratégies proposées par des physiothérapeutes et infirmières interrogés. Il en est ressorti : l'utilisation de brochures gratuites avec des informations claires et faciles à lire ainsi que visuelles, des publicités télévisées ou encore des applications sur smartphones.

Aarnivala et al. (2015) ainsi que van Vlimmeren et al. (2008) mettent en évidence l'intérêt d'ajouter de la pratique aux conseils donnés verbalement aux parents.

Selon Jennings et al. (2005), l'information écrite sous forme de flyers ou de brochures permettrait de proposer des recommandations unifiées afin d'aider les parents à les mettre en place et de répondre à leurs éventuelles questions.

Rôle paramédical :

Différents professionnels paramédicaux ont été mentionnés comme importants dans la PP des DC avec notamment une place à prendre dans différentes stratégies proposées par les pédiatres.

Les physiothérapeutes pédiatriques ont ou devraient prendre leur place de différentes manières :

- Lors de leurs consultations, que ce soit pour de la prise en charge des facteurs de risque de DC ou encore pour d'autres problématiques.
- Partage de leurs connaissances au travers d'ateliers pour les parents animés par eux-mêmes.
- Donner des formations pour les différents PS travaillant autour des DC
- Créer des guidelines afin d'avoir une prise en charge commune

Les physiothérapeutes non spécialisés en pédiatrie ont également été considérés comme utiles pour informer les jeunes parents et en particulier lors de la rééducation périnéale des mères.

Dans l'étude de Williams et Galea (2023), les physiothérapeutes sont considérés comme primordiaux, notamment lors de positions préférentielles, de torticolis ou lors de diminution d'amplitude cervicale.

Les ostéopathes ont été largement évoqués par les pédiatres. Ils auraient surtout une importance dans les techniques passives, mais pourraient également gérer les facteurs de risque, guider les parents et les sensibiliser à cette pathologie et à sa PP. Une pédiatre mentionne également qu'il s'agirait d'une mode actuelle dans le bassin genevois de diriger les nouveau-nés chez les ostéopathes.

Selon Amiel-Tison et Soyez-Papiernik (cité dans HAS, 2020a), « l'intérêt de l'ostéopathie pour tous dès la naissance dans un but préventif n'est pas démontré et ne paraît pas nécessaire pour la majorité des nouveau-nés ».

Malgré le manque d'intérêt perçu des pratiques ostéopathiques, ces professionnels voient régulièrement des nouveau-nés. Pour cette raison, nous pensons qu'ils ont, tout de même, un rôle à prendre en PP pour la transmission de conseils préventif auprès de l'entourage de l'enfant.

Finalement, les sages-femmes ont une réelle place à jouer en termes de PP des DC. Elles ont la chance de pouvoir être auprès des parents avant et après l'accouchement que cela soit à domicile, à la maternité ou encore lors des ateliers de préparation à la naissance ou d'allaitement, ce qui leur donne une place privilégiée pour agir en PP.

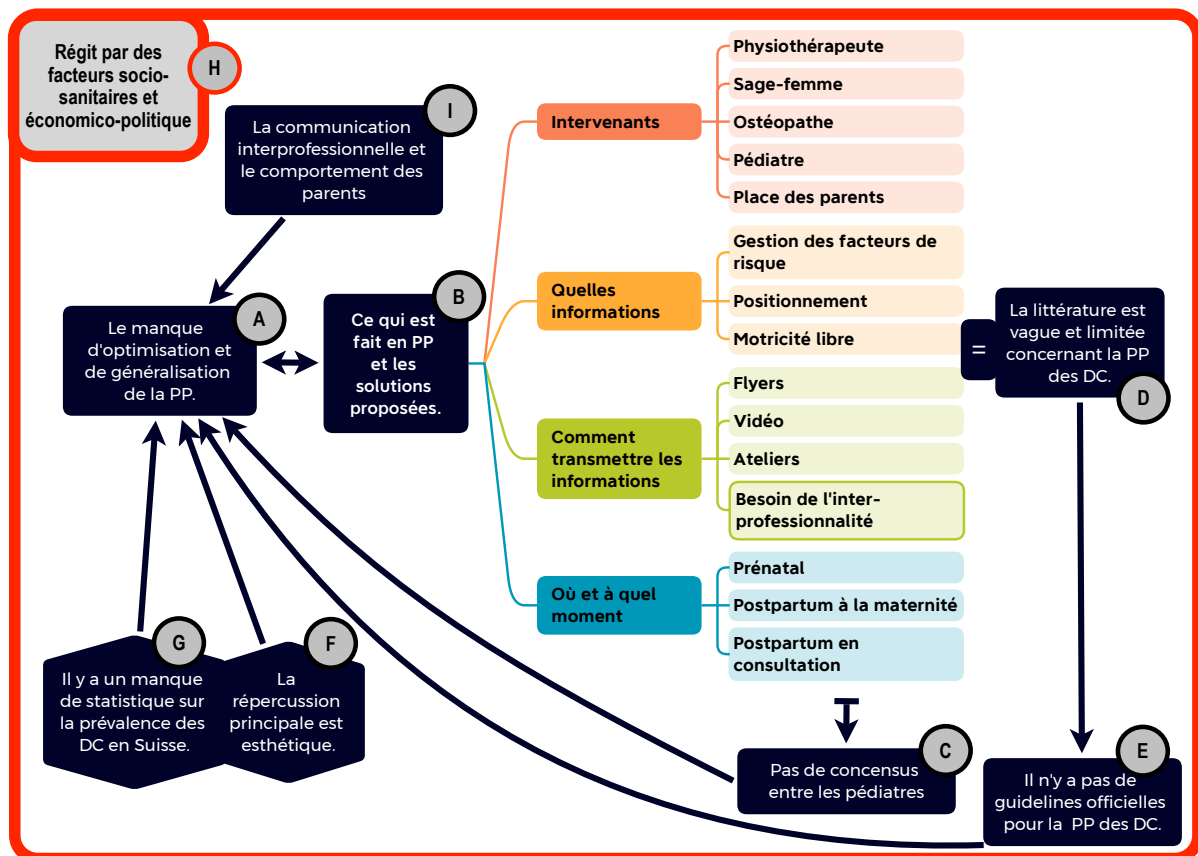
Il est alors important de relever que les professionnels paramédicaux ont une place importante à prendre en PP des DC, que ça soit de manière directe ou indirecte. Il est donc important de rendre attentifs ces professionnels, notamment durant leur formation afin d'être sensibilisés à

cette problématique et aptes à reconnaître les facteurs de risque et réorienter aux professionnels compétents si nécessaire.

Conclusion de l'analyse de nos résultats :

Les enjeux principaux ressortant de l'analyse de nos résultats, sont les suivants selon notre point de vue et que nous avons illustré par ce schéma.

Figure 6 : Synthèse de nos résultats



Pour commencer, nous observons, qu'il y a un manque d'optimisation et de généralisation de la PP des DC sur le bassin genevois (A). Les pédiatres mentionnent qu'ils font déjà certaines actions de PP, mais ils ont également énuméré des solutions afin d'optimiser cette dernière (B) qui reposent sur plusieurs axes : qui sont les intervenants en PP ; quels sont les informations à transmettre ; comment transmettre ces informations ; dans quel lieu et à quel moment les transmettre.

Ce qui ressort de notre travail, c'est qu'il n'y a pas forcément de consensus dans les pratiques des pédiatres (C) et que la littérature concernant la PP reste aujourd'hui encore assez vague et limitée (D), ce qui impacte donc l'élaboration de guidelines officielles (E). Pour ces raisons, l'optimisation et la généralisation de la PP peuvent en pâtir (A).

De plus, les pédiatres soulignent principalement l'impact esthétique sur l'enfant (F), mais également le fait que les DC ne sont pas recensées, ce qui entraîne une absence de données épidémiologiques en Suisse pour cette pathologie (G). Ces deux points peuvent laisser penser

qu'il existe un manque de reconnaissance de cette pathologie dans notre société et donc, qui impactera la PP (A).

On se retrouve donc dans un cercle vicieux avec des problématiques qui sont causées par différents enjeux régit principalement par des facteurs socio-sanitaire et politico-économique dans notre système (H). Nous pensons que la plus grosse difficulté rencontré dans ce système est le fait d'être régi par le principe d'assurance-maladie (qui prend en charge qu'un nombre restreint d'acte de PP) et non pas par une « assurance santé » qui prendrait en compte la santé dans sa globalité et favoriserait des actes de prévention primaire pour toutes problématiques concernées sans attendre ou sans se restreindre uniquement sur des maladies. De ce fait, cela implique des limitations sur la mise en place de stratégies de PP évoquées par les pédiatres.

Finalement, la communication interprofessionnelle et la prise en compte du comportement des parents (I) sont des points essentiels qui influencent la PP et son optimisation. C'est pourquoi elles devraient être intégrées dans la pratique par les PS en parallèle de l'évolution du système de santé. Nous sommes conscientes, qu'il est compliqué de changer le système, c'est pourquoi il est crucial, selon nous, que les intervenants autour de cette problématique, agissent au maximum en faveur de la PP afin de pouvoir optimiser au mieux cette dernière, à leur niveau.

Nous pouvons donc conclure, selon nous, que ce sujet est alambiqué, ce qui rend sa compréhension et ses changements d'autant plus difficiles.

7.2 Lien avec nos hypothèses de départ

Notre travail s'est élaboré autour de plusieurs hypothèses et nos résultats nous ont permis d'y répondre.

Notre **première hypothèse** était divisée en plusieurs sous-hypothèses :

- Sous-hypothèse 1 : Nous pensions que les informations circulaient par les différents professionnels auprès des parents, mais qu'il n'y avait pas de programme de PP identifié pour cette pathologie et que les interventions étaient donc au bon vouloir et selon les formations propres à chaque PS. En effet, les dires des pédiatres vont dans le sens de notre hypothèse, ils ont aujourd'hui de la difficulté à identifier des stratégies communes.
- Sous-hypothèse 2 : Nous pensions également que le système de santé suisse actuel était un frein à la mise en place de stratégie de PP et ce que les pédiatres ont évoqué, confirme cette hypothèse. Ils estiment que trop d'obstacles venant du système de santé Suisse sont présents et interfèrent avec le développement de la PP.
- Sous-hypothèses 3 et 4 : Nous avons l'impression que malgré le bon vouloir des pédiatres, ils n'ont pas les outils et la possibilité d'axer leur prise en charge sur la PP et qu'il est difficile de mettre en place cette dernière pour cette pathologie. Il ressort que la situation est plus complexe que ce que nous imaginions. Il est vrai que les pédiatres n'ont pas forcément un panel d'outils suffisamment présent, mais malgré tout, ils arrivent tous à fournir une forme de PP à leurs patients. Ils mentionnent certaines difficultés et souhaiteraient davantage de temps, d'outils pédagogiques et de soutien afin de pouvoir

être plus pertinents et améliorer encore leurs prestations. Nos résultats sont donc mitigés, il est important de rester nuancées dans nos propos, car d'un point de vue général, les pédiatres trouvent que la situation est acceptable bien qu'elle puisse être améliorée.

Pour conclure sur notre première hypothèse, il existe actuellement aucun programme de PP cependant les pédiatres interrogés ont tous le même but commun et effectuent donc tous des pratiques relativement similaires.

Notre **deuxième hypothèse** s'est avérée être controversée. En effet, concernant la prévalence des cas, les pédiatres ont mentionné être confronté fréquemment à cette pathologie dans leur pratique professionnelle, mais sans pour autant affirmer, de manière unanime, qu'il y a, aujourd'hui, une augmentation du nombre de cas. Cependant, leurs réponses n'ont pas été très aisées, car ils n'ont pas de statistiques et s'appuient uniquement sur leur ressenti personnel.

Durant notre formation et nos expériences personnelles, nous avons eu écho d'une augmentation de cas et de surcharge dans les cabinets de physiothérapies pédiatriques. En constatant les dires des pédiatres cela nous amène à certains questionnements ; *quelle est la situation actuelle des cabinets de physiothérapie pédiatrique dans le bassin genevois au sujet des DC ? Est-ce un manque de cabinet de physiothérapie pédiatrique comparé à un grand nombre de pédiatres ce qui implique une répartition différente du nombre d'enfants qu'ils sont amenés à voir ? Est-ce des erreurs de statistiques chez les pédiatres ou chez les physiothérapeutes ? Est-ce que l'importance portée par les PS est différente et agit donc sur leur perception de la prévalence ?* Toutes ces questions nécessiteraient de plus amples recherches.

7.3 Biais et difficultés de notre étude

Une des difficultés rencontrées durant notre travail était le nombre restreint de pédiatres interviewés. Nous avons contacté 175 pédiatres en totalité, mais seulement cinq nous ont répondu positivement. Nous avons également dû relancer de nombreuses fois, que ce soit par courrier électronique ou par téléphone, l'ensemble des pédiatres afin d'obtenir nos derniers participants. La raison de ce faible nombre a été l'indisponibilité pour certains pédiatres, mais il est également possible qu'un manque d'intérêt pour cette problématique en soit la cause ou encore le fait que nos propres deadlines ont limité le temps d'attente que nous pouvions accorder aux pédiatres.

En lien avec cela, un biais est apparu avec les pédiatres qui ont accepté d'être interviewés. Ces derniers étaient potentiellement plus intéressés et proactifs concernant cette problématique comparativement aux pédiatres qui n'ont pas répondu. Les résultats de la recherche sont donc possiblement biaisés et difficilement représentatifs de l'entièreté des avis et des pratiques des pédiatres du bassin genevois.

Lors de nos entretiens, une des difficultés rencontrées était le lieu de l'entretien. Ne voulant pas nous imposer aux pédiatres – au vu des difficultés que nous avons pour avoir des participants – nous avons laissé libre choix du lieu d'entretien. Un des choix a été dans un restaurant et nous avons été confrontés aux bruits parasites dans l'enregistrement ce qui a perturbé la retranscription.

De plus, certaines réponses à nos questions ont pu être influencées par différents éléments. Notre étude était présentée comme un travail de bachelor en physiothérapie, cela peut laisser croire que l'évocation de notre profession dans les interviews a pu être influencée par cela. De plus, le fait de savoir que les réponses allaient être analysées et recensées dans ce travail a pu favoriser l'envie de donner des informations plutôt positives sur la pratique exécutée par les participants et donc ne pas forcément refléter ou être la réalité.

Il a été parfois difficile pour nous de faire la différence dans les résultats entre les réponses évoquant la PP et d'autres évoquant la prévention secondaire. Lors des différents entretiens, la distinction entre les deux était difficile à faire pour les pédiatres et malgré de nombreuses reprises de notre part, l'évocation de la prévention secondaire était fréquente. Cette confusion entre les deux préventions a rendu parfois certaines réponses non-compréhensibles par rapport à la question posée et donc non-abordable pour notre travail ce qui peut rendre nos résultats peut-être moins exhaustifs que voulus.

L'un de nos biais a été engendré par des réponses, pour certains pédiatres, tardives concernant leur participation à notre étude. Nous avons donc dû, par soucis de temps, commencer à retranscrire et à analyser les entretiens avant de les avoir tous fait passer. Ceci a constitué un biais, car en écoutant nos entretiens, nous nous sommes aperçues au fur et à mesure, des points nécessitant plus de clarté, mais également plus de relances de notre part. Ceci a engendré des entretiens mieux structurés et des réponses plus précises au fil des entretiens.

Dans notre étude, nous n'avons pas fait relire les retranscriptions à nos participants ce qui peut donc amener à des erreurs d'interprétation potentielles malgré une retranscription stricte.

Finalement, le fait que cette étude qualitative, constituée de plusieurs entretiens, était pour nous une première, a constitué un biais, car le manque d'expérience s'est fait ressentir lors de la passation des entretiens avec des difficultés à faire des relances pertinentes. Nous nous sommes aperçues, après avoir retranscrit et analysé nos résultats, que nous aurions pu relancer certains points afin d'avoir des réponses parfois plus compréhensibles et plus riches. Par ce manque d'expérience, malgré notre plus grande vigilance à rester neutres, notre langage verbal ou non-verbal a certainement dû, d'une façon ou d'une autre, influencer les réponses des pédiatres.

7.4 Forces de notre étude

À notre connaissance, cette étude est le seul travail qui évalue le point de vue des pédiatres sur cette problématique dans le bassin genevois.

Ce sujet permet de mieux comprendre les enjeux de la problématique dans le bassin genevois.

En choisissant une méthode qualitative et en s'appuyant sur une méthodologie adéquate, nous donnons une force certaine à notre étude en permettant de répertorié au plus proche les pensées de nos intervenants.

La diversité des participants, de par leurs différentes formations, genre, années d'expérience nous a donné un panel riche et varié.

7.5 Positionnement

Avant de commencer notre travail de Bachelor nous avons quelques notions de bases sur cette problématique de par notre formation, notre travail qualitatif réalisé l'été précédent, mais également de par nos expériences personnelles respectives. Intéressées, par la physiothérapie pédiatrique, nous avons à cœur d'approfondir nos connaissances à ce sujet.

Durant les entretiens, nous avons été agréablement surprises des échanges que nous avons eus, des pratiques et des connaissances des pédiatres à ce sujet. Malgré les difficultés et les pistes d'amélioration possibles, tous ont montré un intérêt certain et une envie d'évolution et de progression pour cette problématique. Nous avons été confrontées à des problématiques comme l'interprofessionnalité manquante qui nous ont surpris. Le manque de formation sur ce sujet et leur apprentissage empirique ont été très marquants pour nous et nous a également interpellées. Le fait qu'ils ne connaissent que très peu notre rôle et notre place à prendre en tant que physiothérapeute nous a questionnées et ce d'autant plus lorsqu'ils évoquaient le fait de recommander les ostéopathes par rapport aux physiothérapeutes de façon plus spontanée. Le dernier point relevant pour nous est le fait que nous (les physiothérapeutes) sommes considérés comme des intervenants pertinents pour offrir des formations aux différents professionnels gravitants autour de cette problématique.

Nous trouvons que les recherches et les données sont encore manquantes pour certains points et en particulier pour la prévalence, des guidelines précises ou encore les conséquences de cette pathologie.

Ce travail nous a donné l'envie de continuer à approfondir ce sujet afin de mieux le comprendre pour pouvoir mettre en place des évolutions quant à la PP de cette pathologie. Nous avons à cœur dans notre pratique future d'être attentives à cela et de rediriger au besoin auprès de physiothérapeutes spécialisés et auprès de pédiatres. Ces résultats soulignent l'intérêt de l'interprofessionnalité avec l'importance de collaborer avec les ostéopathes, les sages-femmes et les pédiatres, mais également avec les parents qui doivent être des partenaires de soins. Ce travail n'a fait que renforcer notre envie de nous spécialiser en pédiatrie à l'avenir et nous avons eu beaucoup de plaisir à échanger avec nos participants et notre directrice de travail de Bachelor.

7.6 Perspectives pour les futures recherches

Premièrement, il serait pertinent de refaire cette étude avec un échantillon de participants plus grand afin de pouvoir obtenir une vision encore plus globale et réaliste de la situation et des enjeux qui y sont associés. Il serait intéressant d'étendre ces recherches et questionnement à la partie suisse alémanique et italienne de notre pays afin d'observer des potentielles différences.

Deuxièmement, nous nous sommes rendu compte que les pédiatres ont malgré tout, des avis différents sur la façon de transmettre l'information aux parents ainsi que sur les moments les plus adéquats. Nous ne savons pas de façon très claire les besoins spécifiques que peuvent éprouver les parents au travers de leur parentalité dans les premiers mois de vie de leurs enfants. Il serait donc intéressant d'étudier les différents besoins des parents, mais également les moments les plus appropriés afin de fournir des prestations de soins de PP les plus adaptées et percutantes possibles. En lien avec ceci, le point de vue des parents, sur ce qui

est actuellement fait à Genève et l'importance, les besoins qu'ils expriment, pourrait être une étude intéressante afin de les placer au cœur de la prise en charge.

Troisièmement, nous avons été confrontées à la réalité de la situation, c'est-à-dire du peu ou de l'absence de données épidémiologiques sur cette pathologie, et ce, particulièrement pour la Suisse et Genève. Aucune statistique n'est recensée ce qui limite la mise en évidence de cette problématique auprès des familles, mais également auprès des cercles de santé et de la société qui participeront à la mise en place de la PP et à la gestion de cette problématique. Il serait donc bénéfique d'encourager les professionnels, mais également les centres de recherche de s'intéresser à ce sujet.

Ensuite, comme mentionné précédemment, nous trouverions intéressant de s'intéresser à la situation actuelle des cabinets de physiothérapie pédiatrique. Certains pédiatres ont mentionné le fait de ne pas pouvoir envoyer leurs patients pour de la PP notamment par manque de place et qu'ils préfèrent prioriser et garder la disponibilité de leurs physiothérapeutes pour des situations plus « graves ». Il serait donc intéressant de se questionner sur la saturation des cabinets de physiothérapeutes pédiatriques dans le bassin genevois.

Pour finir, nous rencontrons dans notre société actuelle de nombreuses discussions autour des coûts de la santé et de nombreux choix sont pris afin de les réduire. Nous remarquons que la prise en charge de cette pathologie engendre des coûts conséquents qui pourraient être diminués par des moyens de PP comme pour d'autres pathologies tels que le diabète ou les maladies cardiovasculaires. Il serait intéressant de faire une étude sur les coûts engendrés par cette pathologie en comparaison avec les bénéfices que la prévention pourrait avoir sur ces coûts.

8. Conclusion

En tant que futures physiothérapeutes, notre but était de mettre en évidence les différents enjeux de la PP des DC, du point de vue des pédiatres. Nous pouvons conclure que cette problématique est vaste et complexe.

Les DC sont fréquentes en cabinet pédiatrique et peuvent engendrer certaines répercussions sur le plan économique, psychologique (pour les parents) et esthétique. C'est pourquoi, il est d'autant plus intéressant de porter attention à la PP afin de les limiter.

Malgré les mesures préventives adoptées par tous nos participants, ils se trouvent confrontés à des obstacles qui limitent l'optimisation de ces mesures. Ils sont majoritairement imputables au système de santé, comme par exemple : les coûts, les assurances, la disponibilité des PS et le manque de temps dans leurs consultations. De plus, le manque de formations à ce sujet pourrait influencer directement leur pratique professionnelle.

Les parents jouent un rôle clé pour la PP des DC et le manque de connaissances sur ce sujet ainsi que la surcharge d'informations diverses reçues à la naissance de leur enfant, influencent directement leurs comportements, en favorisant les oublis et donc la non-adhérence aux conseils véhiculer. C'est pour ces raisons, qu'il faut continuer de transmettre aux parents l'information de manière adaptée à chacun pour pouvoir les rendre acteurs au sein de cette problématique.

Des efforts communs sont nécessaires pour surmonter ces obstacles et promouvoir des pratiques préventives efficaces. Pour cela, plusieurs stratégies ont été proposées par les pédiatres. Ils s'accordent sur l'importance de transmettre l'information le plus tôt possible. Le travail en collaboration interprofessionnelle et la création de guidelines officielles permettraient une meilleure coordination pour des pratiques communes et donc une meilleure transmission d'informations pour les parents afin d'optimiser la PP.

Ce que nous retenons pour notre future carrière professionnelle, est qu'il est nécessaire de sensibiliser les parents de manière précoce afin de détecter et prévenir la pathologie lors des consultations de physiothérapie pédiatrique, mais également à titre éducatif auprès des parents lors de consultations adultes. Dans ce cas, il est néanmoins important de garder une certaine réserve et de rediriger rapidement vers un physiothérapeute formé dans ce domaine. Pour transmettre l'information aux parents, il peut être intéressant d'utiliser des techniques d'éducation thérapeutique afin de les impliquer dans le processus de prévention et créer une forme d'alliance thérapeutique autour de cette pathologie.

Finalement, nous retenons également l'importance du travail en collaboration avec les pédiatres et les autres professionnels du paramédical afin de sensibiliser les parents dès le plus jeune âge de l'enfant et de permettre une pratique coordonnée, dans le but de prévenir cette pathologie.

9. Liste de références

- Aarnivala, H. E. I., Valkama, A. M., & Pirttiniemi, P. M. (2014). Cranial shape, size and cervical motion in normal newborns. *Early Human Development*, 90(8), 425-430. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.05.007>
- Aarnivala, H., Vuollo, V., Harila, V., Heikkinen, T., Pirttiniemi, P., & Valkama, A. M. (2015). Preventing deformational plagiocephaly through parent guidance: A randomized, controlled trial. *European Journal of Pediatrics*, 174(9), 1197-1208. <https://doi.org/10.1007/s00431-015-2520-x>
- Argenta, L. C., David, L. R., Wilson, J. A., & Bell, W. O. (1996). An increase in infant cranial deformity with supine sleeping position. *The Journal of Craniofacial Surgery*, 7(1), 5-11. <https://doi.org/10.1097/00001665-199601000-00005>
- Ballardini, E., Sisti, M., Basaglia, N., Benedetto, M., Baldan, A., Borgna-Pignatti, C., & Garani, G. (2018). Prevalence and characteristics of positional plagiocephaly in healthy full-term infants at 8–12 weeks of life. *European Journal of Pediatrics*, 177(10), 1547-1554. <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3212-0>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. Dans *American Psychological Association eBooks* (p. 57-71). <https://doi.org/10.1037/13620-004>
- Cabrera-Martos, I., Valenza, M. C., Valenza-Demet, G., Benítez-Feliponi, Á., Robles-Vizcaíno, C., & Ruiz-Extremuera, Á. (2016). Repercussions of plagiocephaly on posture, muscle flexibility and balance in children aged 3-5 years old. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 52(5), 541-546. <https://doi.org/10.1111/jpc.13155>
- Cavalier, A., & Mazurier, E. (2013). Plagiocéphalie fonctionnelle (non synostotique): prévention dès la maternité. *Réalit. Pédiat.*
- Cavalier, A., & Picaud, J.-C. (2008). [Prevention of positional plagiocephaly]. *Archives De Pédiatrie: Organe Officiel De La Société Française De Pédiatrie*, 15 Suppl 1, S20-23. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(08\)73943-5](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(08)73943-5)
- Cavalier, A., Picot, M.-C., Artiaga, C., Mazurier, E., Amilhau, M.-O., Froye, E., Captier, G., & Picaud, J.-C. (2011). Prevention of deformational plagiocephaly in neonates. *Early Human Development*, 87(8), 537-543. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2011.04.007>
- Collett, B., Breiger, D., King, D., Cunningham, M., & Speltz, M. (2005). Neurodevelopmental implications of « deformational » plagiocephaly. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 26(5), 379-389. <https://doi.org/10.1097/00004703-200510000-00008>
- Collett, B. R., Kartin, D., Wallace, E. R., Cunningham, M. L., & Speltz, M. L. (2020). Motor Function in School-Aged Children With Positional Plagiocephaly or Brachycephaly. *Pediatric Physical Therapy*, 32(2), 107-112. <https://doi.org/10.1097/PEP.0000000000000687>
- Collett, B. R., Wallace, E. R., Kartin, D., Cunningham, M. L., & Speltz, M. L. (2019). Cognitive Outcomes and Positional Plagiocephaly. *Pediatrics*, 143(2), e20182373. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2373>

- Di Rocco, F., Ble, V., Beuriat, P.-A., Szathmari, A., Lohkamp, L. N., & Mottolese, C. (2019). Prevalence and severity of positional plagiocephaly in children and adolescents. *Acta Neurochirurgica*, 161(6), 1095-1098. <https://doi.org/10.1007/s00701-019-03924-2>
- Ditthakasem, K., & Kolar, J. C. (2017). Deformational Plagiocephaly : A Review. *Pediatric Nursing*, 43(2), 59-64. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29394478/>
- Fabre-Grenet, M., Garcia-Méric, P., Bernard-Niel, V., Guagliardo, V., Cortaredona, S., & Aymeric-Ponsonnet, M. (2017). Effets de la plagiocéphalie posturale au cours des 12 premiers mois sur le développement psychomoteur à 4 ans des enfants nés très prématurément. *Archives de Pédiatrie*, 24(9), 802-810. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2017.01.022>
- Revillard, A. (2008). *Fiche technique n°8 – Transcrire un entretien*. <https://annerevillard.wordpress.com/enseignement/methodes-qualitatives/initiation-investigation-empirique/fiches-techniques-initiation-investigation-empirique/fiche-technique-n%C2%B08-transcrire-un-entretien/>
- Filiseti, M., Cattarelli, D., & Bonomi, S. (2020). Positional plagiocephaly from structure to function : Clinical experience of the service of pediatric osteopathy in Italy. *Early Human Development*, 146, 105028. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105028>
- Fludder, C. J., & Keil, B. G. (2021). Deformational Plagiocephaly and Reduced Cervical Range of Motion : A Pediatric Case Series in a Chiropractic Clinic. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 27(6), 26-32. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32663178/>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd). Chenelière éducation.
- Groupe Mutuel. (2022). *Liste des moyens auxiliaires admis dans le domaine des assurances complémentaires*. <https://www.groupe-mutuel.ch/doc/jcr:45daf54c-cbb2-4cca-bc0d-33d24d05f56e/Liste%20AMD%20-%20LCA%20-%20version%20imprimable-FR.pdf/lang:fr/Liste%20AMD%20-%20LCA%20-%20version%20imprimable-FR.pdf>
- Hammeni, P., Khanna, R. K., Kulker, D., Travers, N., Arsene, S., & Laure, B. (2022). Long-term ophthalmological outcomes in patients with anterior plagiocephaly managed with a fronto-orbital advancement procedure. *Journal Français D'ophtalmologie*, 45(5), 537-542. <https://doi.org/10.1016/j.jfo.2021.04.012>
- Haute Autorité de Santé. (2020a). *Fiche mémo – Rapport d'élaboration : Prévention des déformations crâniennes positionnelles et mort inattendue du nourrisson : Rapport d'élaboration*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco276_rapport_elaboration_fm_deformations_craniennes_min_cd_2020_02_05_v0.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2020b). *Fiche mémo : Prévention des déformations crâniennes positionnelles et mort inattendue du nourrisson*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco276_fiche_memo_deformatons_craniennes_min_cd_2020_02_05_v11_fev.pdf
- Hutchison, B. L., Hutchison, L. A. D., Thompson, J. F., & Mitchell, E. A. (2004). Plagiocephaly and Brachycephaly in the First Two Years of Life : A Prospective Cohort Study. *Pediatrics*, 114(4), 970-980. <https://doi.org/10.1542/peds.2003-0668-f>

- Jennings, J. T., Sarbaugh, B. G., & Payne, N. S. (2005). Conveying the message about optimal infant positions. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 25(3), 3-18.
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances: *Reflets et perspectives de la vie économique*, Tome LIII(4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Koren, A., Reece, S. M., Kahn-D'angelo, L., & Medeiros, D. (2010). Parental information and behaviors and provider practices related to tummy time and back to sleep. *Journal of Pediatric Health Care: Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 24(4), 222-230. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2009.05.002>
- Legrand-Germanier, V., & Paccaud, F. (2010). *PREVENTION DES MALADIES ET PROMOTION DE LA SANTE : PROPOSITIONS POUR UNE STRATEGIE VAUDOISE : Stratégie dans quelques régions*. 58.
- Linz, C., Kunz, F., Böhm, H., & Schweitzer, T. (2017). Positional Skull Deformities. *Deutsches Arzteblatt International*, 114(31-32), 535-542. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0535>
- Lipsett, B. J., Reddy, V., & Steanson, K. (2022). *Anatomy, Head and Neck, Fontanelles*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542197/>
- Losee, J. E., Mason, A. C., Dudas, J., Hua, L. B., & Mooney, M. P. (2007). Nonsynostotic Occipital Plagiocephaly: Factors Impacting Onset, Treatment, and Outcomes: *Plastic and Reconstructive Surgery*, 119(6), 1866-1873. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000259190.56177.ca>
- Martiniuk, A., Jacob, J., Faruqi, N., & Yu, W. (2016). Positional plagiocephaly reduces parental adherence to SIDS Guidelines and inundates the health system. *Child: Care, Health and Development*, 42(6), 941-950. <https://doi.org/10.1111/cch.12386>
- Martiniuk, A. L. C., Vujovich-Dunn, C., Park, M., Yu, W., & Lucas, B. R. (2017). Plagiocephaly and Developmental Delay: A Systematic Review. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 38(1), 67-78. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000376>
- Mawji, A., Vollman, A. R., Fung, T., Hatfield, J., McNeil, D. A., & Sauvé, R. (2014). Risk factors for positional plagiocephaly and appropriate time frames for prevention messaging. *Paediatrics & Child Health*, 19(8), 423-427. <https://doi.org/10.1093/pch/19.8.423>
- Mawji, A., Vollman, A. R., Hatfield, J., McNeil, D. A., & Sauvé, R. (2013). The incidence of positional plagiocephaly: A cohort study. *Pediatrics*, 132(2), 298-304. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3438>
- Miller, R. I., & Clarren, S. K. (2000). Long-Term Developmental Outcomes in Patients With Deformational Plagiocephaly. *Pediatrics*, 105(2), e26-e26. <https://doi.org/10.1542/peds.105.2.e26>
- Nevaste-Boldt, T., Saarikko, A., Kaprio, L. A., Leikola, J., & Kiukkonen, A. (2022). Facial asymmetry in children with either unilateral lambdoid craniosynostosis or positional posterior plagiocephaly. *Orthodontics & Craniofacial Research*, 26(2), 216-223. <https://doi.org/10.1111/ocr.12603>
- Office fédéral de la santé publique (2022). *Assurance-maladie: L'essentiel en bref*. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/kuv->

[aufsicht/krankenversicherung/sie-fragen-wir-antworten-oblig-kv.pdf.download.pdf/broschuere-sie-fragen-wir-antworten-f.pdf](#)

- Organisation mondiale de la Santé. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf;sequence=1
- Organisation mondiale de la Santé. (2019). *Le message de l'OMS au jeune enfant : pour grandir en bonne santé, ne pas trop rester assis et jouer davantage*. <https://www.who.int/fr/news/item/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more>
- Paquereau, J. (2013). Non-surgical management of posterior positional plagiocephaly: Orthotics versus repositioning. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 56(3), 231-249. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2012.12.005>
- Renz-Polster, H., & De Bock, F. (2018). Deformational plagiocephaly: The case for an evolutionary mismatch. *Evolution, Medicine, and Public Health*, 2018(1), 180-185. <https://doi.org/10.1093/emph/eoy019>
- Rogers, G. F. (2011). Deformational Plagiocephaly, Brachycephaly, and Scaphocephaly. Part II: Prevention and Treatment. *Journal of Craniofacial Surgery*, 22(1), 17-23. <https://doi.org/10.1097/SCS.0b013e3181f6c342>
- RS 810.30—Loi fédérale du 30 septembre 2011 relative à la recherche sur l'être humain (Loi relative à la recherche sur l'être humain, LRH). (s. d.). Consulté 26 avril 2023, à l'adresse <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2013/617/fr>
- Ryall, J. J., Xue, Y., Turner, K. D., Nguyen, P. D., & Greives, M. R. (2021). Assessing the quality of life in infants with deformational plagiocephaly. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery: Official Publication of the European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery*, 49(1), 29-33. <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2020.11.005>
- Sergueef, N., Nelson, K. E., & Glonek, T. (2006). Palpatory diagnosis of plagiocephaly. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 12(2), 101-110. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2005.11.001>
- Shamji, M. F., Fric-Shamji, E. C., Merchant, P., & Vassilyadi, M. (2012). Cosmetic and Cognitive Outcomes of Positional Plagiocephaly Treatment. *Clinical and Investigative Medicine*, E266-E270. <https://doi.org/10.25011/cim.v35i5.18699>
- Shweikeh, F., Nuño, M., Danielpour, M., Krieger, M. D., & Drazin, D. (2013). Positional plagiocephaly: An analysis of the literature on the effectiveness of current guidelines. *Neurosurgical Focus*, 35(4), E1. <https://doi.org/10.3171/2013.8.FOCUS13261>
- Trottier, N., Hurtubise, K., Camden, C., Cloutier, W., & Gaboury, I. (2023). Barriers and facilitators influencing parental adherence to prevention strategies for deformational plagiocephaly: Results from a scoping review. *Child: Care, Health and Development*. <https://doi.org/10.1111/cch.13095>
- Turk, A. E., McCarthy, J. G., Thome, C. H. M., & Wisoff, J. H. (1996). The "Back to Sleep Campaign" and Deformational Plagiocephaly: Is There Cause for Concern? *Journal of Craniofacial Surgery*, 7(1), 12-18. <https://doi.org/10.1097/00001665-199601000-00006>
- van Vlimmeren, L. A., van der Graaf, Y., Boere-Boonekamp, M. M., L'Hoir, M. P., Helders, P. J. M., & Engelbert, R. H. H. (2008). Effect of Pediatric Physical Therapy on Deformational

Plagiocephaly in Children With Positional Preference : A Randomized Controlled Trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162(8), 712-718. <https://doi.org/10.1001/archpedi.162.8.712>

- Verdier, C., Marangelli, G., & Gebeile-Chauty, S. (2022). Does positional plagiocephaly affect the need for orthodontic treatment, and the mandibular and occlusal symmetry? *L'Orthodontie Francaise*, 93(2), 169-186. <https://doi.org/10.1684/orthodfr.2022.81>
- Watt, A., Alabdulkarim, A., Lee, J. S. H., & Gilardino, M. S. (2022). Practical Review of the Cost of Diagnosis and Management of Positional Plagiocephaly. *PubMed*, 10(5), e4328. <https://doi.org/10.1097/gox.0000000000004328>
- Williams, E., & Galea, M. (2023). Another look at « tummy time » for primary plagiocephaly prevention and motor development. *Infant Behavior & Development*, 71, 101839. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2023.101839>
- Williams, E. N., & Galea, P. M. P. (2016). Exploring infant deformational or positional plagiocephaly prevention and management by Maternal Child Health Nurses and Paediatric Physiotherapists. 34(2). <https://www.ajan.com.au/archive/Vol34/Issue2/6Williams.pdf>
- Wittmeier, K., & Mulder, K. (2017). Time to revisit tummy time : A commentary on plagiocephaly and development. *Paediatrics & Child Health*, 22(3), 159-161. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx046>

Annexe 1 : Lettre d'information

h e d s

Haute école de santé
Genève

NOTE D'INFORMATION

Pour participer à un travail de bachelor en physiothérapie

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à notre travail de bachelor en physiothérapie de type qualitatif. Ce travail est l'aboutissement de notre formation en physiothérapie.

Objectif et sujet du travail

Notre travail a pour but de faire un état des lieux des points de vue des pédiatres genevois sur les déformations crâniennes et la prévention primaire en lien avec ces dernières.

Participants

En tant que pédiatre, vous êtes les intervenants de première ligne pour les parents et les prescripteurs pour d'autres actes de soin. Nous pensons que vous avez un regard plus global de la situation en étant au cœur des échanges entre les parents et les autres professionnels de santé.

Déroulement

Les entretiens dureront approximativement 1h dans un lieu calme de votre choix et seront enregistrés.

Votre participation est entièrement volontaire et un document de consentement et de respect de l'anonymat sera signé entre nous dans le cas où vous désirez poursuivre la collaboration.

Vous pouvez vous retirer de l'étude à tout moment.

Nous serions heureuses de vous rencontrer pour discuter de votre expérience en tant que pédiatre et de votre connaissance approfondie de votre public cible. Cet échange pourrait être très utile pour notre travail, en apportant une aide précieuse.

Pour toutes questions ou pour nous donner suite, vous pouvez nous joindre par mail ou par téléphone au :

Charline Robert-Tissot : +41788030073, charline.robert-tissot@etu.hesge.ch

Léa Vannay : +41762235793, lea.vannay@etu.hesge.ch

Avec nos meilleures salutations et au plaisir de collaborer avec vous,

Charline Robert-Tissot, étudiante 3e année en physiothérapie
Léa Vannay, étudiante 3e année en physiothérapie



swissuniversities

Hes·SO GENÈVE
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale

Annexe 2 : Formulaire de consentement

h e d s

Haute école de santé
Genève

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Pour participer à un travail de bachelor en physiothérapie

Madame, Monsieur,

Étudiantes en 3e année bachelor de physiothérapie à la Haute école de santé de Genève, nous effectuons un travail de recherche qualitatif au sujet de la prévention primaire des déformations crâniennes sur le canton de Genève.

La recherche est réalisée sous la supervision de Mme Sibyl Szedressy, directrice de notre travail de bachelor et chargée de cours à la Haute école de santé de Genève.

Dans le cadre de ce projet de bachelor nous sollicitons des pédiatres acceptant de parler de leur expérience à travers cet entretien de recherche. Par l'écoute, l'objectif est de récolter le point de vue des pédiatres sur les déformations crâniennes et ce qui est fait en prévention primaire sur Genève.

La participation à ce travail de bachelor est volontaire. Vous aurez le droit de mettre fin en tout temps à votre participation ou de ne pas répondre à certaines questions sans justification.

Vous serez enregistré à des fins de retranscriptions uniquement et les contenus audios seront tous effacés à la fin de notre travail.

Les données et informations recueillies seront minutieusement rendues anonymes selon les règles en vigueur au sein de notre institution et conformément aux règles d'éthique et de déontologie selon Swissethics.

Nous restons à votre entière disposition pour toutes questions éventuelles.

Charline Robert-Tissot : +41788030073, charline.robert-tissot@etu.hesge.ch
Léa Vannay: +41762235793, lea.vannay@etu.hesge.ch

Signature du participant :

Je soussigné(e) Mr ou Mme, choisis librement et volontairement de participer à un entretien dans le cadre du travail de bachelor en physiothérapie. Fait à, le
Signature

Signature des étudiantes :

Je soussignée Mme, m'engage à respecter scrupuleusement les engagements ci-dessus dans le cadre de notre travail de bachelor en physiothérapie.

Fait à, le

Signature

Je soussignée Mme, m'engage à respecter scrupuleusement les engagements ci-dessus dans le cadre de notre travail de bachelor en physiothérapie.

Fait à, le

Signature

swissuniversities

Hes·SO GENÈVE
Haute École Spécialisée
de Suisse occidentale

Annexe 3 : Guide d'entretien

h e d s

Haute école de santé
Genève

GUIDE D'ENTRETIEN - PARTICIPANTS

1. Parlez-nous de votre pratique et de votre expérience professionnelle
 - a. Quel est votre parcours professionnel ?
 - b. Journée type et genre de cas rencontrés dans votre pratique ?
 - c. Est-ce que vous avez des patients qui ont des déformations crâniennes ?
 - d. Racontez-nous votre premier cas de déformations crâniennes ?
2. Quel est votre point de vue sur les déformations crâniennes ?
 - a. Que connaissez-vous des déformations crâniennes ?
 - b. Comment avez-vous abordé cette problématique dans votre formation ?
 - c. D'après votre pratique, quelle est la situation actuelle par rapport aux déformations crâniennes dans le canton de Genève ?
 - i. Selon vous, y a-t-il eu une augmentation des cas ces dernières années ?
 - ii. Selon vous, comment expliquez-vous cela ?
 - d. Est-ce que les déformations crâniennes sont bien connues ?
 - i. Comment (dans les études, formations continues, littérature, colloque, collègue...) ?
 - ii. Et hors de la profession ?
(Est-ce dans un contexte particulier ?)
 - iii. Comment expliquer l'éventuelle différence de connaissance ?
(Est-ce dans un contexte particulier ?)
3. Quelles sont les pratiques courantes faites à Genève en matière de prévention primaire pour les pédiatres ?
 - a. Avez-vous reçu des guidelines ?
 - i. Si oui, de qui ?
 - b. Quelles sont les guidelines que vous avez reçues ?
 - c. Quelles difficultés rencontrez-vous pour les mettre en place ?
 - d. Quels sont les points facilitants que vous rencontrez ?
 - e. Est-ce que lors des contrôles continus avec les nourrissons, la prévention primaire des déformations crâniennes est-elle systématiquement abordée ?
 - f. Est-ce qu'il y a d'autres "choses" que des guidelines existantes ?
 - g. Formation continue ?
4. Selon vous, quelles seraient les ouvertures futures afin d'améliorer la prévention primaire dans un but de faire diminuer la prévalence et la sévérité des déformations crâniennes ?
 - a. Par quels professionnels de santé ?
 - b. Comment on pourrait prévenir les déformations crâniennes au stade le plus précoce selon vous ?
 - i. Par quels outils ?
 - c. Selon vous, est-ce que les physiothérapeutes auraient une place dans cette prévention primaire ?
 - i. Pourquoi les physiothérapeutes ?
 - ii. Si oui comment ?
 - iii. À quel moment ?
 - iv. Si non pourquoi ?
 - d. Voyez-vous des freins à la prévention primaire ?
 - e. Nous savons qu'il existe des ateliers de préparation à la naissance et d'allaitement, pensez-vous qu'il serait intéressant et pertinent d'en créer un sur la prévention primaire des déformations crâniennes.

Annexe 4 : Analyse sous forme de tableau

THEMES	SOUS-THEMES	CODAGES	CITATIONS
1. La prévention primaire selon les pédiatres		Les intérêts de la prévention primaire	« la prévention primaire est quand même beaucoup plus utile » (E2) « avec la prévention et d'en parler d'emblée, je pense ça peut déjà quand même bien limiter les problèmes parce que du coup les parents sont plus attentifs et font attention. » (E1) « je pense qu'il ne faut pas lâcher la prévention » (E2) « Mon point de vue, je pense qu'en faisant attention à la position des enfants, qu'ils soient pas tout le temps dans la même position, on arrive vraiment à limiter les problèmes. » (E5) « je m'étais dit « oups là ça c'est vraiment un truc qu'il faut faire attention » » (E1)
			« on va éviter bah, si on veut parler des surcoûts...c'est quand même un coût, ça évite des déresses au niveau des parents psychologiquement. » (E2)
			« ça nécessite une prévention parce qu'on peut vraiment éviter ces déformations crâniennes » (E2)
			« on va éviter bah, si on veut parler des surcoûts...c'est quand même un coût, ça évite des déresses au niveau des parents psychologiquement. » (E2)
			« c'est théoriquement des choses qui sont assez faciles à suivre » (E4) « mais c'est tout des choses qui sont toutes bêtes » (E2)
	A. La vision des pédiatres sur la prévention primaire	La facilité de la prévention primaire	« c'est simple à mettre en place ! (tonalité appuyant les propos) » (E2) « qui peut être prévenu sans beaucoup de choses » (E2)
			« je ne me rappelle pas avoir vu une guideline officielle. » (E2) « Non enfin il y a ces checklists justement ou il y'a les choses recommandées à aborder selon les âges mais des guidelines plus précis, non. » (E1) « Peut-être, je ne sais pas si je les ai...alors nous on reçoit très peu de guidelines » (E2) « Mais maintenant, s'il y a des guidelines officielles, on y a accès mais je ne me rappelle pas avoir vu une guideline officielle. » (E2) « Non, non non je crois pas (en répondant à la question de l'existence de guidelines) » (E4)
			« je pense que les parents sont aussi beaucoup plus sensibilisés qu'il y a 20 ans. » (E2)
		Le manque de transmission d'informations	« je me souviens, elle avait dit (en parlant d'une proche) « mais si le pédiatre m'avait dit, j'aurai fait beaucoup plus attention et on n'en serait peut-être pas arrivé à avoir le casque » » (E1) « on n'en parle pas » (E3) « Mais du coup, je sais pas trop si ils savent ou pas, je pense que des parents qui ont déjà des enfants oui, mais premier enfant probablement pas. » (E5)

THEMES	SOUS-THEMES	CODAGES	CITATIONS
1. La prévention primaire selon les pédiatres	B. Ce que font les pédiatres en prévention primaire	La pratique des pédiatres	« Bah en général, la prévention primaire, c'est une grande partie de notre travail » (E5) « c'est beaucoup de la prévention et du dépistage » (E1)
			« on voit souvent des bébés, s'ils sont toujours la tête posée d'un côté ou de l'autre, ou bien quand on les examine...donc si je le vois, je l'aborde automatiquement » (E1) « il faut un examen clinique, pour être sûr qu'il n'y a pas un torticolis ou un problème neurologique, ça va de soi, et une craniostynose » (E3) « Je regarde aussi d'être sûr qu'il a pas un torticoli » (E1) des positions préférentielles et de changer de position, de regarder et de faire attention si ils ont l'impression qu'il regarde toujours d'un côté plutôt que de l'autre. » (E1) « c'est le cercle vicieux, parce que s'ils sont tout le temps sur un côté, ça, je leur explique, si ils sont tout le temps d'un côté, ça devient plat, donc c'est plus confortable donc ça engendre encore plus » (E1) « c'est sur la prévention au niveau du positionnement du bébé et euh puis d'être attentif sur les facteurs de risques pour les prémas, on a un œil très très sensibilisé sur tout ce qui est handling, positionnement chez les prémas pour cette raison là et pour d'autres raisons. » (E2) « on est vraiment sur ciblé les enfants à risque, l'enfant qui a un reflux, l'enfant qui a un torticoli, l'enfant qui est un peu l'enfant euh, « béa » qui ne bouge pas et puis qui est là et qui attend que le monde tourne autour de lui, les fratries, le dernier bébé d'une grande fratrie qu'on aura un petit peu tendance à laisser dans le maxcosy et puis il dérange pas. » (E2)
			« parce qu'il y a des problèmes de mouvement, que l'enfant, il bouge pas assez, alors là, (geste de la main) j'envoie ! (En parlant de l'ostéopathe) » (E4) « Alors pour moi, ce serait déjà l'ostéo chez le tout-petit et puis après peut-être plus chez le physio. Par exemple, si y a un torticolis alors là j'envoie chez le physio. » (E5) « j'envoie plus chez l'ostéo que chez le physio. Clairement. » (E4) « si y avait des problèmes médicaux ou autres, on aborde ça et puis oui le but c'est vraiment du dépistage pour voir que les enfants grandissent bien, se développent bien, et puis si c'est pas le cas soit les revoir soit faire, enfin prescrire peut être de la physio, ou autre chose ou adresser au spécialiste » (E1) « on les envoie chez le physio si y a déjà une déformation en faite et puis on donne des fois aussi si c'est très léger » (E1) « Les parents, ils adorent plutôt l'ostéo, en général je les envoie chez le physio » (E3) « enfante avant j'envoyais à ce fameux physio qui travaillait beaucoup là dessus qu'était près de mon cabinet et puis il a prit sa retraite, du coup je me suis tourné plus vers les ostéos » (E5) « et puis si j'ai l'impression, quand je le vois ou que les parents me disent, « oui il a quand même une préférence à un côté » bah, je l'envoie assez vite chez l'ostéopathe personnellement » (E5) « c'est devenu un peu un trend, ou une espèce de fashion, d'envoyer les bébés chez les ostéos » (E4)

THEMES	SOUS-THEMES	CODAGES	CITATIONS
1. La prévention primaire selon les pédiatres	B. Ce que font les pédiatres en prévention primaire	Les conseils donnés aux parents	<p>« pour dormir sur le dos, mais quand il est réveillé changer les positions » (E1)</p> <p>« pour la mort subite, on le fait coucher sur le dos, mais attention coucher sur le dos et on change de position » (E2)</p> <p>« ils doivent dormir sur le dos pour la nuit, enfin quand ils sont pas en présence des parents...sur le ventre quand ils sont réveillés et quand ils sont avec eux pour vraiment balancer cette recommandation contre la mort subite. » (E3)</p> <p>« essayer de changer de position, porter le bébé, ne pas le laisser tout le temps à plat » (E5)</p> <p>« j'essaie en tout cas de systématiquement d'expliquer à toutes les familles, de voir si les enfants n'ont pas des positions préférentielles et de changer de position, de regarder et de faire attention si ils ont l'impression qu'il regarde toujours d'un côté plutôt que de l'autre. » (E1)</p> <p>« quand ils sont éveillés de les mettre justement sur le ventre, sur le côté, de changer les positions » (E1)</p> <p>« c'est important qu'il soit dans différentes positions » (E1)</p> <p>« les positionner, les changer de côté quand ils dorment quand ils sont réveillés » (E2)</p> <p>« de changer de position, d'éviter de les mettre toujours coucher, de les mettre souvent sur le ventre quand ils sont réveillés pour essayer de tonifier » (E2)</p> <p>« En limitant les positions, en changeant, ben y a des petites astuces pour faire regarder ailleurs, et puis en motivant la position ventrale quand ils sont réveillés, l'augmentation du tonus » (E3)</p> <p>« bah nous ce sera surtout la position de la tête. Et puis dès que l'enfant est un peu plus tonique, de le mettre de temps en temps sur le ventre. Moi souvent à quatre mois je dis de pas laisser complètement à plat quoi, c'est sur le transat comme ça y'a moins de pression sur la tête. Après des fois il y a les cousins qui, bon, moi je suis pas très fan des coussins chez les bébés mais donc je fais un peu attention mais maintenant y'a des coussins qui sont adaptés » (E4)</p> <p>« c'est encore tout en formation, c'est pas soudé et pour cette raison ça vaut la peine de changer de position » (E5)</p>
			<p>« d'expliquer à toutes les familles ; de voir s'ils ont pas des positions préférentielles et de changer de position, de regarder, de faire attention s'ils ont l'impression qu'il regarde toujours d'un côté ou de l'autre » (E1)</p> <p>« pour attirer le regard de l'autre côté et puis où est l'entourage, la source de lumière, de leur demander comment ils dorment, où ils mettent à dormir et quand le bébé il est couché, regarder sa maman, quel est le côté préférentiel ou pour dire de le mettre dans l'autre sens » (E1)</p> <p>« c'est le cercle vicieux, parce que s'ils sont tout le temps sur un côté, ça, je leur explique, si ils sont tout le temps d'un côté, ça devient plat, donc c'est plus confortable donc ça engendre encore plus » (E1)</p> <p>« j'essaie en tout cas de systématiquement d'expliquer à toutes les familles, de voir si les enfants n'ont pas des positions préférentielles et de changer de position, de regarder et de faire attention si ils ont l'impression qu'il regarde toujours d'un côté plutôt que de l'autre. » (E1)</p> <p>« je donne plutôt des exercices aux parents à faire la position de la tête, faire attention et aussi de stimuler les enfants » (E3)</p>

THEMES	SOUS-THEMES	CODAGES	CITATIONS
1. La prévention primaire selon les pédiatres	Les conseils donnés aux parents	La motricité libre	<p>« éviter maxi-cosy ou le baby relax. » (E2)</p> <p>« favoriser aussi ces parcs, ces espaces autres que ces sièges, qui coïncent l'enfant » (E3)</p> <p>« Moi souvent à quatre mois, je dis de pas laisser complètement à plat, c'est sur le transat comme ça y'a moins de pression sur la tête. Après des fois, il y a les coussins qui, bon, moi je suis pas très fan des coussins chez les bébés mais je fais un peu attention, mais maintenant y'a des coussins qui sont adaptés » (E4)</p>
		Les consultations de prévention	<p>« je le fais au contrôle...on les voit tous à un mois ça c'est sûr » (E1)</p> <p>« tu poses la question de « comment est-ce qu'il dort, est-ce qu'il dort sur le dos, est-ce qu'il tourne bien la tête des deux côtés » Ça, c'est des questions qui font partie du contrôle des un mois » (E4)</p> <p>« le grand avantage, c'est qu'on va revoir les familles, on les voit à un mois, deux mois, si on a oublié d'en parler, on peut en parler à deux mois » (E1)</p> <p>« à un mois, deux mois, quatre mois...on regarde à chaque fois. » (E5)</p> <p>« Normalement oui, parce que ça fait, enfin, en tout cas moi, mais je pense chez tous les pédiatres, c'est une question qu'on pose et puis c'est ça fait partie de l'examen clinique » (E4).</p>
		Moyens et interfaces pour donner les conseils aux parents	<p>« Je pense que ce qu'on dit en consultation et ce qu'on montre à beaucoup de valeur, enfin plus de valeur » (E1)</p> <p>« je pense que ça a plus de valeur (en parlant de la démonstration pratique) que si on parle comme ça de la position du bébé » (E1)</p>
		Les checklists	<p>« on a des check-lists pour ces contrôles qui ont été faites par la société suisse de pédiatrie, de ce qu'on aborde à chaque contrôle pour leur un mois, deux mois et tout et y a, effectivement, je crois qu'il y a une coche positionnement/plagiocéphalie et comment dire, forme du crâne. » (E1)</p> <p>« pas tous les pédiatres utilisent cette check liste » (E1)</p> <p>« moi, je ne suis plus la liste parce que depuis 20 ans j'ai fait ma propre liste » (E2)</p> <p>« on a les chablon, donc on s'est mis les questions qu'on pose et puis c'est dedans » (E5)</p>
	Les interfaces pour transmettre l'information	Les flyers et vidéo	<p>« je pense, typiquement, le flyer dont on parlait, ça c'est top ! » (E5)</p> <p>« il (en parlant du flyer) doit dater quand même un petit peu, parce qu'il me semble qu'il a pas beaucoup évolué depuis pas mal d'années » (E5)</p> <p>« Elle (en parlant de la vidéo) est juste hyper vieille et horrible comme ça, c'est dommage, parce que, enfin parfois, je la montrais à des parents. » (E1)</p> <p>« ils écoutent quand même assez quand on donne des flyers » (E1)</p>
		Les ateliers	<p>« ce serait bien et ce serait même assez motivant. » (E5)</p> <p>« les ateliers restent dans les têtes alors que les papiers, il y a trop de papiers » (E2)</p> <p>« c'est là où les parents sont le plus réceptifs » (E1)</p>
		C. Les pistes envisagées pour mettre en place la prévention primaire	<p>« Ça pourrait être dans le cadre de la préparation à la naissance, puisque les femmes enceintes sont très friandes de ces ateliers » (E3)</p> <p>« voire carrément les physios. Faudrait que ça soit les physios ! » (E3)</p> <p>« ça pourrait être plusieurs professionnels...les pédiatres, les physios, il pourrait y avoir les ostéos...des infirmières » (E5)</p> <p>« les sortes justement d'ateliers, je pense que c'est là où les parents sont le plus réceptifs » (E1)</p>

THEMES	SOUS-THEMES	CODAGES		CITATIONS
1. La prévention primaire selon les pédiatres	C. Les pistes envisagées pour mettre en place la prévention primaire	Les interfaces pour transmettre l'information	Les guidelines	« bah typiquement, on pourrait faire des guidelines » (E2)
			Les flyers	« ça doit pas faire trois pages A4 » (E2)
		La temporalité des interventions : le plus tôt possible	Agir le plus tôt possible	« d'être précoce » (E2)
			La prévention en prénatal	« la consultation prénatale, je pense c'est utile d'en parler, quand on parle, justement, de la prévention de la mort subite » (E5)
			La prévention à la maternité	« c'est trop lointain. Les parents se projettent pas sur leur bébé » (E2) « à la maternité, avant que l'enfant rentre à la maison » (E5) « justement dès la maternité en fait » (E1) « le pédiatre aux HUG, vous oubliez, il a pas le temps de le faire, je veux dire même même s'il a la meilleure volonté du monde. » (E2)
2. Déterminants de la mise en place de la prévention primaire et les pistes futures	A. L'implication du système de santé	Les problèmes en lien avec les assurances et les coûts		« c'est tard un mois. Si vous avez un bébé qui a toujours la tête du même côté, à un mois vous êtes déjà en train de ramer. » (E2) « un enfant commence la crèche à quatre mois, donc c'est déjà presque un peu trop tard » (E1) « les crèches, parce que là ils voient les enfants, ils les voient déjà souvent quand c'est déjà fait, la plagio parce que les enfants commencent à quatre mois, mais oui les crèches oui. » (E5) « si la physio vient aider la maman pour du biofeedback, bah elle peut en même temps en parler » (E2) « les sages-femmes qui voient les enfants dans leur milieu, elles vont à domicile...ça se serait aussi un bon moyen de prévention. » (E5)
			Utiliser les parents comme des acteurs et utiliser son réseau	« parler aux parents et puis de les prendre comme des acteurs » (E2) « utiliser le réseau qu'on a autour les sages-femmes, les ostéos, les étioopathes, les physios » (E2)
			Ateliers, coûts élevés de les créer par tous les pros de santé	« ça pourrait être plusieurs professionnels, ce qui coûterait très cher » (E5)
			Pédiatres peuvent pas envoyer tous chez le physiothérapeute car trop cher	« ça ferait des frais énormes d'envoyer tout le monde chez le physio » (E1)
			Assurances ne prennent pas en charge la PP	« ces problèmes du remboursement et la prévention, bah c'est encore compliqué à faire comprendre à une haute sphère, que la prévention est tout aussi importante que le traitement. » (E2) « c'est déjà tellement compliqué votre situation de remboursement, pour rajouter une consultation prénatale préventive ça devient bien compliqué je pense » (E3)
2. Déterminants de la mise en place de la prévention primaire et les pistes futures	A. L'implication du système de santé	Les problèmes en lien avec les assurances et les coûts	Ostéopathes pas pris en charge donc frein financier	« les ostéopathes, bah ils sont pas pris en charge par l'assurance de base, donc il peut y avoir un frein financier. » (E2)

THEMES	SOUS-THEMES	CODAGES	CITATIONS
2. Déterminants de la mise en place de la prévention primaire et les pistes futures	A. L'implication du système de santé	Le manque de physiothérapeutes pédiatriques	« en tout cas les physios spécifiques « enfants » y en a pas énormément à Genève... » (E2) « Est-ce que tous les physios sont formés dans ce domaine, ça, je suis pas sûr et pis est-ce que toutes les personnes formées sont disponibles, il y a assez de disponibilité ça, je ne sais pas non plus. » (E3)
			« en tout cas les physios spécifiques « enfants » y en a pas énormément à Genève... si je les surcharge avec des déformations crâniennes je peux plus les avoir pour d'autres choses... vous vous restez quand même sur de la prise en charge... sinon vous allez vous (parlant des physiothérapeutes) faire manger tout cru » (E2)
		Manque de connaissance collègues physiothérapeutes pédiatriques	« (en réponse à notre question: est-ce que ce serait pas manque de physiothérapeute dans vos contacts?) De connaissance, ouais ouais. » (E5)
		Préssurisation tarmed pédiatre temps	« maintenant on nous pressurise un peu au niveau du temps remboursé, donc ça prend beaucoup de temps de discuter de toutes ces choses-là... puis du coup je pense que c'est forcément qu'on a des aspects qu'on sabre » (E5)
		Manque de temps des pédiatres	« si les parents ont une autre problématique... et puis que leur enfant n'est pas déformé... ça va passer un peu à côté parce qu'il y a déjà plein d'autres choses et puis ben nous aussi, par le temps » (E1) « c'est le manque de temps ou, par rapport à toutes les informations que on donne et puis le manque de temps du pédiatre » (E1) « on peut être prit par le temps » (E1)
		Si d'autres problèmes + important, PP passe en second plan	« si les parents ont une autre problématique... et puis que leur enfant n'est pas déformé... ça va passer un peu à côté parce qu'il y a déjà plein d'autres choses et puis ben nous aussi, par le temps » (E1) « si il y a une autre problématique, ça peut être un peu escamoter » (E1)
		Trop d'informations à donner aux parents	« les difficultés, c'est qu'il y a tellement de choses à discuter dans ces contrôles que bah, on peut être pris par le temps et que du coup on zappe » (E1) « je pense que la difficulté c'est plus qu'on a tellement d'information à ces contrôles, à donner, enfin, y'a beaucoup beaucoup de choses à aborder et puis que ça peut passer peut-être un peu à côté » (E1)
		Maternité: pas le temps	« le pédiatre aux HUG, vous oubliez, il a pas le temps de le faire, je veux dire même s'il a la meilleure volonté du monde. » (E2)
	B. La quantité d'information	Les parents reçoivent trop d'informations	« ils sont crevés et il y a 20'000 trucs qu'on discute... alors des fois peut-être ça leur passe un peu par-dessus » (E5) « y'en a qu'oublie directement sur le bureau, donc on sait qu'ils sont pas trop intéressés » (E1) « c'est triste à dire, mais je vois les carnets de santé français qui sont épais... il y a je sais pas combien de flyers... mais les parents ils lisent pas » (E2) « Et je pense que les parents, ils ont beaucoup d'informations au départ » (E2)

THEMES	SOUS-THEMES	CODAGES	CITATIONS
2. Déterminants de la mise en place de la prévention primaire et les pistes futures	C. La connaissance des déformations crâniennes par les professionnels de santé	Incertitude de la cause exacte des DC	« on n'a plus forcément ni le temps ni l'envie d'aller chercher le pourquoi du comment, on va plutôt être pratico-pratique. » (E2) « la physiopatho de la plagiocéphalie je sais pas, je connais pas grand-chose vraiment scientifiquement » (E5)
		Connaissance de la pathologie par les pédiatres	« Ah oui oui bien sûr ! Enfin je veux dire, si tu vois un certain nombre de bébés tu vas forcément tomber dessus. » (E4) « Ceux qui sont en cabinet connaissent bien parce que c'est quand même quelque chose de fréquent. » (E1)
		Physiothérapeutes et ostéopathes ont une meilleure connaissance de cette pathologie que les pédiatres	« c'est peut-être les ostéos, les physios qui vont essayer plus de comprendre comment travailler dessus et je pense qu'au niveau physiopathologie, anatomie c'est probablement meilleur que nous. » (E2)
	D. Facteurs influençant la connaissance et la pratique des pédiatres en lien avec les déformations crâniennes	L'expérience personnelle du pédiatre	« une amie...je me souviens elle avait dit « mais si le pédiatre m'avait dit...j'aurais fait beaucoup plus attention et on en serait peut-être pas arrivé à avoir le casque »...ça m'avait assez marqué, j'étais pas encore en cabinet et puis je m'étais dit « oups », là ça c'est vraiment un truc qu'il faut faire attention » (E1) « Alors moi j'ai eu ma fille qui est une grosse prématurée, donc j'ai appris aussi par ma propre expérience à la manipuler. » (E2)
		La culture du pédiatre	« je pense que culturellement, chacun à sa façon de gérer les plagios » (E4) « parce qu'on a des vieux dinosaures hein, qui ont fait leur formation même avant moi...et puis y a des tout jeunes, qui viennent de sortir...on a tous notre manière de fonctionner. » (E2)
		L'année de formation du pédiatre	« oui, pourquoi pas ? (S'exprime sur l'intérêt d'une formation) Parce que c'est toujours intéressant d'apprendre si y'a des nouvelles recommandations pour ne pas rester bête, là, dans son coin » (E5) « je pense c'est un sujet qui intéresserait bien, parce que c'est quand même d'actualité quoi » (E1) « avec les physios et les ostéos, juste pour comprendre ce qu'ils font parce que, moi, je sais pas, on voit jamais ce qu'ils font » (E4)
		La demande de formation	« on n'a pas de formation » (E2)
		La formation des pédiatres sur les déformations crâniennes	« y a certains pédiatres qui sont moins sensibilisés et puis qui vont moins faire de la prévention primaire, et puis on est pas tous égal entre pédiatre...on est pas assez bien formé » (E1) « tu l'apprends plus en cabinet, par toi-même » (E4) « je me souviens vraiment pas à l'hôpital d'avoir abordé...c'est une fois qu'on est en cabinet qu'on voit ça...on apprend un peu des fois sur le tas » (E1)
		La formation manquante	
		La formation spécifique non obligatoire	« on peut faire ce qu'on veut...on choisit bah les domaines qui nous intéressent plus...donc ça ne veut pas dire que même si maintenant y avait une super formation sur les plagiocéphalies que tous les pédiatres y participeraient » (E1)

THEMES	SOUS-THEMES	CODAGES		CITATIONS
2. Déterminants de la mise en place de la prévention primaire et les pistes futures	E. L'inter-professionnalité	La collaboration en inter-professionnalité	Le partage interprofessionnel	« nous on ne l'a pas reçu...je l'ai jamais vu passer. J'ai toujours le flyer des HUG. » (E2) « je pense que ce serait une idée si on pouvait voir un peu ce qui se fait sur le terrain, juste pour avoir un peu une idée et puis pour voir aussi si ça coïncide avec les choses qu'on dit » (E4)
			La discussion interprofessionnelle	« c'est vrai qu'on n'en parle pas beaucoup » (E2)
		La connaissance sur l'interprofessionnalité		« manque de connaissance sur ce que le physio fait » (E5) « les sages-femmes qui viennent à la maison...euh je sais pas, honnêtement s'ils font de la prévention ou pas » (E1)
3. Les autres acteurs impliqués dans la prévention primaire	A. La prévention primaire par les professions paramédicales	Le physiothérapeute en prévention primaire	La place centrale des physiothérapeutes	« je pense qu'en tout cas pour mettre en place la prévention, oui, vous êtes quand même les mieux placés. » (E2) « les physios, qui vont essayer plus de comprendre comment travailler dessus et je pense qu'au niveau physiopathologie, anatomie c'est probablement meilleur que nous. » (E2)
			Les ateliers par les physiothérapeutes	« Les physios ! (D'un ton franc, sourit et rigole) » (E2) « Bah les physios typique ouais (ton franc)...ouais je pense voire carrément les physios, faudrait que ça soit les physios. » (E3)
			La prévention primaire lors des consultations de physiothérapie	« c'est surtout pour montrer les positionnements, la guidance parentale. » (E1) « de stimuler le développement...c'est de la prévention primaire. » (E1) « je leur (parlant des physiothérapeutes) envoie pour vraiment montrer aux parents les positions » (E2) « je leur envoie pour vraiment aussi montrer aux parents les positions » (E2) « le physio va plus montrer les exercices ou les positionnements ou des trucs comme ça aux parents...par exemple, si y'a un torticolis alors là j'envoie chez le physio » (E5) « peut-être qu'ils viennent pour autre chose (accentue ses paroles avec des gestes de mains) et que du coup vous (en parlant des physiothérapeutes) pouvez en parler. » (E1) « si la physio vient aider la maman pour du biofeedback, bah elle peut en même temps en parler, oui. » (E3) « les physios qui voient les mamans, qui font de la rééducation du périnée par exemple (acquiesce avec la tête de haut en bas), pourraient profiter » (E5) « Les gens vont pas aller chez le physio euh, enfin, les gens vont pas aller chez le physio d'eux-mêmes » (E1) « parce que l'on va pas envoyer tous les patients chez le physio quoi (rigole l). » (E1) « vous (parlant des physiothérapeutes), vous restez quand même sur de la prise en charge...sinon vous allez vous faire manger tout cru » (E2) « je ne vois pas comment vous (en parlant des physiothérapeutes) pouvez, c'est déjà tellement compliqué votre situation de remboursement » (E3) « je sais pas trop, parce que tous les nouveau-nés n'y vont pas forcément. » (E5)

THEMES	SOUS-THEMES	CODAGES	CITATIONS
3. Les autres acteurs impliqués dans la prévention primaire	A. La prévention primaire par les professions paramédicales	Le physiothérapeute en prévention primaire	<p>« les physios (acquiesce de la tête plusieurs fois), ouais je pense que les physios ils sont les meilleures personnes pour ça en fait ouais. » (E1)</p> <p>« je pense que les physios, ce serait par la sensibilisation des professionnels qui sont au contact tout le temps » (E1)</p> <p>« il y a par exemple des associations pour de la physio bobath ou de l'ergo...qui peut venir sensibiliser les pédiatres genevois et par exemple transmettre des flyers de ce type-là. » (E2)</p> <p>« sinon, bah de promouvoir auprès des pédiatres l'utilité de faire ceci ou cela ou d'envoyer l'enfant chez le physio. » (E5)</p>
		La mise en place des guidelines	« je pense que vous pouvez faire de la prévention sous forme de guidelines, sous forme de choses que les gens pourraient faire » (E2)
		La connaissance des ostéopathes	« les ostéos...qui vont essayer plus de comprendre comment travailler dessus...au niveau physiopathologie, anatomie c'est probablement meilleur que nous. » (E2)
	L'ostéopathe en prévention primaire		<p>« chez l'ostéo, pas pour les manipulations, mais c'est plus pour la guidance parentale qu'ils allaient faire sur comment on positionne » (E1)</p> <p>« parce qu'il y a des problèmes de mouvement, que l'enfant il bouge pas assez, alors là, (geste de la main) j'envoie ! (En parlant de l'ostéopathe) » (E4)</p> <p>« s'il a quand même une préférence d'un côté bah je l'envoie assez vite chez l'ostéopathe personnellement » (E5)</p>
		La prévention primaire lors des consultations d'ostéopathie	<p>« il y en a des parents qui sont sensibilisés s'ils ont été chez l'ostéo. » (E1)</p> <p>« les massages » (E2)</p> <p>« ils regardent qu'il n'y a pas de tension et puis souvent ils font tout le passage-là, ils ont ce travail là » (E2)</p> <p>« donc vu qu'ils faisaient aussi la tête et qu'ils débloquent un peu le dos » (E4)</p> <p>« l'ostéo va un peu débloquent les tensions ou les trucs comme ça » (E5)</p> <p>« j'ai autour de moi un réseau avec quatre, cinq ostéos avec qui je travaille et euh je les envoie pratiquement systématiquement. » (E2)</p> <p>« du moment qu'il y a eu un accouchement, et tout de toute façon ça fait du bien » (E5)</p>
		La place centrale des sages-femmes	« c'est vrai que la sage-femme, c'est la personne qui est là dès le départ, dans les premiers jours de vie » (E2)
	La sage-femme en prévention primaire	Les consultations des sages-femmes	<p>« via les sages-femmes qui sont vraiment le premier interlocuteur » (E2)</p> <p>« parce que les sages-femmes, elles reviennent des fois tous les jours, hein, au début » (E2)</p> <p>« toutes, les sages-femmes...le prénatal » (E3)</p> <p>« je pense que ce serait plutôt les sages-femmes qui pourraient en parler au lieu de rajouter encore un autre professionnel...Je pense plutôt en fin de grossesse quand y'a la préparation » (E4)</p> <p>« toutes les sages-femmes qui viennent voir les enfants à la maison, au suivi, lors des premiers mois » (E3)</p> <p>« les sages-femmes qui voient les enfants dans leur milieu, elles vont à domicile, je pense que ça, se serait aussi un bon moyen de prévention » (E5)</p> <p>« à la maternité, avant que l'enfant rentre à la maison » (E5)</p>

THEMES	SOUS-THEMES	CODAGES	CITATIONS
3. Les autres acteurs impliqués dans la prévention primaire	La connaissance des parents au sujet de la prévention primaire des déformations crâniennes	Parents ont reçu l'information des autres professionnels de santé (sage-femme et ostéopathe)	« je crois que les parents y connaissent, enfin j'ai l'impression qu'ils sont quand même renseignés parce que bon voilà y a quand même les sages-femmes » (E4)
		Parents sont plus sensibilisés qu'avant	« les parents sont aussi beaucoup plus sensibilisés qu'il y a vingt ans. » (E2) « je ne sais pas s'il y a plus de connaissance, mais il y a plus de sensibilisation » (E2)
		Parents ont des connaissances si déjà présence de DC dans leur entourage	« Mais du coup je sais pas trop s'ils savent ou pas, je pense que des parents qui ont déjà des enfants oui, mais premier enfant probablement pas. » (E5) « ils vont être plus preneur et demandeur de conseils et quand y a déjà dans l'entourage, si c'est un deuxième bébé, un troisième enfant dans la famille, ils ont déjà eu ce souci de plagiocéphalie » (E1)
	B. Rôle des parents et ses facteurs contribuant	Méconnaissance des parents	« je pense qu'ils ne doivent pas connaître tellement » (E1) « je ne suis pas sûr qu'ils soient conscients que ça soit un problème de position » (E3)
		Le comportement des parents	« évidemment ce qu'on dit comme pédiatre à quand même pas mal de valeur pour eux » (E1) « ouais ils sont plutôt...preneurs » (E5) « en fait aussi souvent les parents, ont pas forcément la plainte d'eux-mêmes en se disant « ouf c'est tout plat »...si on n'est pas demandeur, on n'a pas de plainte, ça va passer un peu à côté, parce qu'on se sent pas forcément très concerné » (E1) « je pense pas que les parents le feraient si ils sont pas eux-mêmes inquiets » (E1) « des fois c'est ça qui est difficile avec les parents, c'est de leur faire comprendre, parce qu'y en a qui sont là « non, mais ça va aller » » (E2) « on dit quelque chose, on donne un conseil et puis en fait pour les parents c'est juste pas possible quoi. » (E4) « les nouveaux parents sont très à l'écoute, si on leur dit « bougez-les » ils vont tout de suite faire » (E2) « s'il remarque déjà eux mêmes que le bébé à la tête un petit peu déformé ou comme ça bah ils vont être plus preneur euh et demandeur de conseils » (E1) « l'on a des parents et même des jeunes parents qui sont hyper preneur » (E2)

THEMES	SOUS-THEMES	CODAGES	CITATIONS
3. Les autres acteurs impliqués dans la prévention primaire	B. Rôle des parents et ses facteurs contribuant	Le comportement des parents	<p>« en général, elles ont déjà lu tellement de choses sur internet qu'elles savent simplement...et puis les parents ils vont te demander, hein, « la tête elle est comment ? La tête elle est pas trop plate ? » » (E4)</p> <p>« les parents nous appellent...« on peut avoir un bon de physio » » (E4)</p> <p>« il y a des parents, y en a qui vont un peu systématiquement chez l'ostéopathe après une naissance » (E1)</p> <p>« quand on donne des flyers, des trucs à lire...déjà y'en a qu'oublie directement sur le bureau, donc on sait qu'ils ne sont pas trop intéressés » (E1)</p> <p>« les parents si on leur met 15'000 flyers, ils ne lisent pas. » (E2)</p> <p>« des fois c'est les parents qui veulent pas entendre ou qui peuvent pas entendre que leur enfant doit être manipulé...pour eux, ils valent pas l'indication » (E2)</p> <p>« ouais, ils sont plutôt demandeurs » (E5)</p> <p>« si vous leur dites faut faire ça, faut faire ça, j'ai l'impression qu'ils vont le faire » (E2)</p> <p>« ils prennent des photos...et puis ils les montrent » (E2)</p> <p>« Les parents, ils se projettent pas sur leur bébé » (E2)</p> <p>« les parents ils vont te demander « la tête elle est comment ? la tête elle est pas trop plate ? » » (E4)</p>
		La proactivité	
4. Les déformations crâniennes selon les pédiatres	A. La prévalence	La fréquence des déformations crâniennes	<p>« J'ai l'impression que, c'est ma pure impression, au niveau du cabinet que j'en ai moins, pas forcément sûr que ce soit la réalité » (E2)</p> <p>« je pense que, moi, j'en ai moins » (E5)</p> <p>« j'aurai tendance à dire qu'y en a un peu plus maintenant » (E4)</p> <p>« j'ai pas l'impression que ça change, ça doit être assez stable » (E1)</p> <p>« J'ai l'impression que c'est par vague, des fois y'a, des fois y'a pas » (E3)</p> <p>« c'est peut-être pas un sujet quotidien, mais chaque semaine on doit y être confronté, ouais, en cabinet » (E1)</p> <p>« beaucoup...là, j'en ai un certain nombre » (E4)</p> <p>« j'en ai comme toujours, régulièrement » (E2)</p> <p>« j'en ai moins...peut-être parce que j'en parle plus » (E5)</p> <p>« Tandis que maintenant, en tout cas moi, je suis quand même beaucoup plus proactif, donc j'ai l'impression que j'en ai un peu moins » (E2)</p>
		Les statistiques des déformations crâniennes	<p>« Mais sinon, au niveau statistique je sais pas. » (E2)</p> <p>« parce que nous, on les note pas non plus » (E4)</p>
	B. Les répercussions	Les impacts psychologiques	<p>« on est dans une urgence psychologique parce que c'est des parents qui sont au fond du trou...c'est tout ce deuil, ce deuil de l'enfant parfait » (E2)</p> <p>« les parents sont quand même assez inquiets de l'esthétique » (E5)</p> <p>« au niveau du développement...c'est surtout ça qu'inquiète les parents » (E1)</p> <p>« le passage du casque qui n'est pas évident. » (E2)</p>

THEMES	SOUS-THEMES	CODAGES	CITATIONS
4. Les déformations crâniennes selon les pédiatres	B. Les répercussions	Les impacts économiques	« si on veut parler des surcoûts, les suivis, les casques, les suivis ergo, c'est quand même un coût » (E2) « en plus il y a le problème du coût, car c'est pas pris en charge et c'est quand même au moins mille francs, mille cinq cents ou mille huit cents » (E1) « le prix de ces casques qui sont du 3D... c'est un peu cher payé » (E3)
		Les conséquences sur l'enfant	« c'est uniquement esthétique, ça a aucun effet sur le cerveau » (E5) « le cerveau va se développer normalement...c'est vraiment esthétique » (E1) « c'est pas gravissime » (E2) « on n'est pas dans une urgence vitale » (E2)
	C. L'évolution des déformations crâniennes	Evolution rapide	« Les déformations, moi ce qui me frappe c'est que ça va très très vite », (E2) « ça peut aller vite dans un sens, mais ça peut aussi aller assez vite dans l'autre sens » (E1)
		Bonne évolution des DC	« ça se remet bien en place » (E5) « je trouve que c'est bien malléable...en faisant déjà les bons exercices...je trouve que ça marche bien » (E3)

Annexe 5 : Organigramme de résultat

