



HAL
open science

Relation de soin en pédiatrie : quelles adaptations pour le masseur-kinésithérapeute ?

Justine Lamer

► **To cite this version:**

Justine Lamer. Relation de soin en pédiatrie : quelles adaptations pour le masseur-kinésithérapeute ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03020021

HAL Id: dumas-03020021

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03020021>

Submitted on 23 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



INSTITUT DE FORMATION EN MASSO KINÉSITHÉRAPIE

22, Avenue Camille Desmoulins

29238 BREST CEDEX 3

**Relation de soin en pédiatrie :
quelles adaptations pour le masseur-
kinésithérapeute ?**

LAMER Justine

En vue de l'obtention du diplôme de Masseur-Kinésithérapeute

Promotion 2016 – 2020

Session Juin 2020

Remerciements

Merci à Christelle, ma directrice de mémoire, de m'avoir accompagnée durant ce long chemin. Merci pour tes encouragements, ta disponibilité et tes conseils qui ont permis à ce travail de voir le jour.

Merci à mes parents et mes frères pour leur présence, je réalise la chance énorme d'être entourée par une famille comme la nôtre.

Merci à mes amis d'avoir permis mon épanouissement durant mes années d'étude. Votre présence m'a été d'un soutien précieux. Une grande pensée à toute ma promotion, à ces nouvelles amitiés qui ne cessent de me combler.

Merci à toi Simon, de m'avoir supportée et soutenue lorsque je n'étais plus sûre de moi.

Je remercie également tous les masseurs-kinésithérapeutes ayant contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire. Merci pour votre temps et nos échanges précieux.

Un grand merci à toute l'équipe pédagogique de l'IFMK de Brest pour ces quatre belles années d'études. Merci pour votre soutien.

Une pensée particulière pour toi maman, qui m'as très certainement fait tomber dans le bain de la pédiatrie dès mon plus jeune âge, m'apportant tout l'intérêt que j'y porte aujourd'hui.

Sommaire

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Introduction | 1 |
| 1.1 | Situation d'appel | 1 |
| 1.2 | Emergence du questionnement | 2 |
| 2 | Cadre conceptuel | 3 |
| 2.1 | Enfant | 3 |
| 2.2 | Pédiatrie | 6 |
| 2.3 | Relation soignant-soigné-famille..... | 9 |
| 2.4 | Communication | 13 |
| 2.5 | Empathie | 22 |
| 2.6 | Expérience..... | 25 |
| 3 | Problématique et hypothèses de recherche | 27 |
| 4 | Méthodologie de recherche..... | 28 |
| 4.1 | Choix de l'entretien semi-directif | 28 |
| 4.2 | Choix de la population | 28 |
| 4.3 | Fixation du cadre de l'entretien..... | 30 |
| 4.4 | Guide d'entretien et entretien test | 31 |
| 4.5 | Méthodologie d'analyse | 32 |
| 4.6 | Limites de la méthodologie | 34 |
| 5 | Recueil des données | 35 |
| 6 | Analyse des résultats | 36 |
| 6.1 | L'influence du lieu de travail et de la patientèle sur la prise en charge pédiatrique | 36 |
| 6.2 | La place des formations en masso-kinésithérapie pédiatrique | 38 |
| 6.3 | L'influence de l'expérience en pédiatrie | 41 |
| 6.4 | La prise en charge particulière des enfants en masso-kinésithérapie | 43 |

| | | |
|-----|---|----|
| 6.5 | Les parents dans la prise en charge..... | 49 |
| 6.6 | Les difficultés rencontrées lors de prises en charge pédiatriques et les stratégies d'adaptation..... | 53 |
| 7 | Discussion..... | 57 |
| 7.1 | Retour sur les hypothèses..... | 57 |
| 7.2 | Limites, intérêts et axes d'amélioration de cette étude qualitative..... | 60 |
| 7.3 | Projection professionnelle..... | 61 |
| 8 | Conclusion..... | 65 |
| 9 | Bibliographie..... | 66 |

Annexes

Liste des tableaux et figures

| | |
|--|----|
| Tableau 1 – <u>The four habits model – Frankel & Stein, 1996</u> | 8 |
| Tableau 2 – <u>Tableau récapitulatif des MK interviewés</u> | 29 |
| Tableau 3 – <u>Tableau croisé des résultats, analyse transversale</u> | 33 |
| | |
| Figure 1 – <u>La proxémie selon Edward Hall – La dimension cachée, 1978</u> | 17 |
| Figure 2 – <u>Les quatre postures fondamentales selon J-C Abric – Psychologie de la communication : théories et méthodes, 2011</u> | 18 |
| Figure 3 – <u>Modèle de Kolb, <i>Experiential learning</i>, 1984</u> | 25 |
| Figure 4 – <u>Schéma de la répartition des entretiens selon le mode d'exercice</u> | 29 |
| Figure 5 – <u>Schéma synthétique des grands thèmes de l'analyse transversale</u> | 35 |

Liste des abréviations

MK : Masseur-kinésithérapeute

MKDE : Masseur-kinésithérapeute diplômé d'état

PEC : Prise en charge

CH : Centre hospitalier

CDR : Centre de réadaptation

Pédia : Pédiatrique

HAS : Haute Autorité de Santé

UE : Unité d'enseignement

FHF : Fédération Hospitalière de France

1 Introduction

1.1 Situation d'appel

Ayant toujours été entourée d'enfants, j'ai depuis mon plus jeune âge été attirée par l'univers de la pédiatrie. Lorsqu'il a fallu que je choisisse un lieu de stage libéral lors de ma deuxième année de formation, j'ai décidé de le réaliser dans un cabinet libéral pédiatrique, afin d'améliorer mes compétences dans ce domaine. J'ai ainsi pu observer et participer à la prise en charge (PEC) d'enfants âgés de 0 à 18 ans. J'ai pu remarquer que la rééducation en pédiatrie était singulière, tant du point de vue relationnel que technique. Effectivement, la relation soignant-enfant-parents est aussi importante que la technicité du praticien car celle-ci, encore plus que chez l'adulte, est la base de la prise en charge en pédiatrie.

Cette expérience a attiré mon attention sur la capacité du masseur-kinésithérapeute (MK) à entrer en contact avec un enfant, par le biais de différents moyens de communication comme la communication paraverbale, les gestes, le sourire, la répétition... Chaque praticien a sa propre façon de faire et sa propre expérience avec les enfants, ce qui rend cette prise de contact différente pour chacun.

J'ai également pu souligner cela lors de mon dernier stage de troisième année que j'ai choisi de réaliser en Roumanie dans un centre de réadaptation neuropsychomoteur pour enfants, où la prise en charge que j'ai pu observer était différente de celle que j'avais eue en France. Cependant, malgré ces divergences, j'ai constaté que je pouvais entrer en communication avec un enfant sans parler la même langue que lui. Cela m'a confortée dans l'idée que la communication avec un enfant est un langage universel, peu importe les endroits du monde.

Un enfant est un individu à part entière qu'il faut prendre dans sa globalité afin de le comprendre et répondre à ses besoins. La relation soignant-soigné en pédiatrie est un sujet qui me questionne et que j'ai eu envie d'approfondir par ce travail.

1.2 Emergence du questionnement

Bien que les moyens de communication et les technologies se perfectionnent depuis de nombreuses années, je me suis rendu compte que, dans la littérature, la relation à l'enfant et la communication en pédiatrie étaient peu étudiées, d'autant plus dans notre profession de masseur-kinésithérapeute. Nous sommes la plupart du temps un interlocuteur privilégié pour les familles et les enfants et il est donc important de partir sur de bonnes bases. Pour cela, une communication adaptée est primordiale afin d'établir une relation de confiance avec l'enfant et ses parents ou responsables légaux. Ces réflexions m'ont amenée au questionnement suivant : **est-ce que les MK ont besoin d'aptitudes particulières pour prendre en charge un enfant ?**

2 Cadre conceptuel

2.1 Enfant

Selon la Convention internationale des droits de l'enfant (1), « un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable. » Etymologiquement, « enfant » vient du latin « infans » qui signifie celui qui ne parle pas, ce qui est bien éloigné de la représentation qu'on peut en avoir aujourd'hui.

Durant l'histoire, le développement de l'enfant a été maintes fois étudié afin d'en différencier plusieurs stades.

2.1.1 Les stades psycho-sexuels selon FREUD

Sigmund FREUD (1856-1939), neurologue autrichien du XIX et XXe siècle, relie les périodes de développement à la notion de « zones érogènes » et l'abandon d'une zone pour une autre au cours de la vie. Il définit ainsi quatre stades du développement psycho-sexuel (2) où la pulsion entre en jeu comme une force qui pousse l'organisme à accomplir une action susceptible de provoquer une décharge d'excitation :

- Le **stade oral**, de la naissance à 18 mois, où le plaisir sexuel est lié à l'excitation de la cavité buccale, notamment par l'alimentation. L'objet pulsionnel est donc le sein ou le biberon, le but pulsionnel quant à lui est le plaisir oral.
- Le **stade anal**, de 18 mois à 4 ans, où la source de plaisir est la zone anale. C'est un stade d'ambivalence où l'objet peut être gardé ou donné. L'objet pulsionnel est la matière fécale qui peut être manipulée, le but pulsionnel quant à lui se traduit par un plaisir auto-érotique par stimulation de la zone érogène anale.

- Le **stade phallique**, de 4 ans à 7-8 ans, où le plaisir se retrouve dans le pénis, aussi bien chez le garçon que chez la fille, qui est le seul organe génital connu à cet âge, la différenciation des sexes arrivant qu'à l'adolescence. L'objet pulsionnel est le sphincter vésical, le but pulsionnel se retrouve dans l'auto-érotisme avec la masturbation.
- La **période de latence**, de 7-8 ans à la puberté, où les pulsions sexuelles sont refoulées, laissant place à l'apprentissage.
- Le **stade génital**, de la puberté à l'âge adulte, où les zones sexuelles sont réactivées autour du pénis chez le garçon et du vagin chez la fille. L'objet pulsionnel est la zone génitale.

2.1.2 Les stades de développement et de sociabilité de l'enfant selon WALLON

Henri WALLON (1879-1962) est un psychologue et médecin français du XXe siècle, il appréhende le développement de l'enfant par ses composantes affectives, biologiques, sociales et culturelles. Il définit ainsi dans son ouvrage (3) des stades de développement qui se chevauchent de manière discontinue et s'entrecoupent par des séries de crises et de conflits :

- Le **stade impulsif et émotionnel**, de la naissance à 1 an : de 0 à 3 mois (stade impulsif), on retrouve une activité motrice réflexe caractérisée par un désordre gestuel. De 3 à 12 mois (stade émotionnel), c'est le stade de la symbiose affective, où l'expression de l'émotion émerge grâce aux réponses de l'entourage.
- Le **stade sensori-moteur et projectif**, de 1 à 3 ans : c'est la naissance de la représentation de l'objet, de la marche et de la parole. Vers 18-30 mois, c'est le stade du syncrétisme différencié où apparaît une individuation de l'enfant par rapport à son environnement.
- Le **stade du personnalisme**, de 3 à 6 ans : la crise négativiste de l'enfant à 3 ans lui permet de s'individualiser par l'opposition à sa famille. Ce stade se clôture

par une ambivalence entre admiration et rivalité envers l'autre.

- Le **stade catégoriel**, de 6 à 11 ans : les activités intellectuelles priment sur les conduites affectives. L'enfant est capable d'attention, d'effort et de mémoire volontaire.
- Le **stade de l'adolescence**, de 11 à 16 ans : la puberté accentue les préoccupations affectives. La construction de la personnalité s'achève et le schéma corporel se réajuste.

2.1.3 Les étapes du développement mental de l'enfant selon PIAGET

Jean PIAGET (1896-1980), psychologue suisse du XXe siècle, définit dans ses études (4) le développement mental comme une construction continue. Il divise ce développement en quatre stades successifs, chaque stade comprenant les constructions des stades antérieurs :

- Le **stade sensori-moteur**, de la naissance à 2 ans : cette période est marquée par un grand développement mental dans lequel l'intelligence pratique et la vie affective du nouveau-né et du nourrisson ont un rôle prépondérant. L'intelligence pratique porte sur « la manipulation des objets qui n'utilise [...] que des perceptions et des mouvements organisés en « schèmes d'action » » (4). A la fin de ce stade, l'enfant va commencer à avoir une idée des objets qui l'entourent.
- Le **stade pré-opératoire**, de 2 à 7 ans : avec l'apparition du langage, l'enfant devient capable de « reconstituer ses actions passées sous forme de récit et d'anticiper les actions futures par la représentation verbale » (4). Cela entraîne trois conséquences : le début de la socialisation, la genèse de la pensée et l'intériorisation de l'action.
- Le **stade opératoire concret**, de 7 à 12 ans : l'apparition d'organisations nouvelles va achever les constructions acquises lors des périodes précédentes et

leur assurer un équilibre plus stable. Ces constructions nécessitent cependant un support concret pour l'enfant.

- Le **stade formel**, de 12 à 16 ans : à l'adolescence, la pensée et l'affectivité vont finalement trouver un équilibre supérieur aux stades précédents. La « pensée formelle » va permettre l'apparition de liens entre la réalité et la possibilité. Ce dernier stade est pour Jean Piaget le moment où l'intelligence atteint son paroxysme.

2.2 Pédiatrie

Edouard Claparède, neurologue et psychologue suisse, disait en 1937 : « L'enfant n'est pas un adulte en miniature et sa mentalité n'est pas seulement différente quantitativement mais aussi qualitativement de celle de l'adulte, de sorte qu'un enfant n'est pas seulement plus petit mais aussi différent. » C'est cette différence qui fait que la pédiatrie a une place à part entière dans la médecine.

Selon le Larousse Médical, la pédiatrie est une branche de la médecine consacrée à l'enfant et à ses maladies. Elle est « la spécialité qui traite de l'enfant, depuis la vie intra-utérine, en collaboration avec les obstétriciens, jusqu'à l'âge adulte. » (5)

2.2.1 Aptitudes en pédiatrie

Selon une étude prospective réalisée dans une clinique pédiatrique en Roumanie en 2017 (6), la prise en charge en pédiatrie est principalement influencée par :

- La **communication**, par le soutien apporté aux patients, leur respect et la facilité de communication avec le soignant.
- La **transparence**, notamment par la capacité du médecin à impliquer d'autres professionnels, l'écoute des plaintes du patient et la manière dont les explications lui sont données.

- L'**environnement**, il s'agit de l'apparence et des commodités de l'hôpital (emplacement, stationnement, horaires, aménagement), mais cela peut aussi s'appliquer à d'autres structures telles que les centres de réadaptation ou les cabinets de ville.
- Les **questions interculturelles**, soit la manière dont le soignant agit autour des enfants et la manière dont il les traite.
- La **gestion du temps**, la facilité avec laquelle le rendez-vous a été pris, le temps de réponse, le temps d'attente.
- Les **données personnelles** : sexe, âge, lieu de naissance, ville de résidence, expérience du thérapeute

2.2.2 Spécificité de la première consultation pédiatrique

La première rencontre avec un enfant et ses parents ou tuteurs est cruciale car, en prime de l'échange d'informations entre les protagonistes, c'est à partir de celle-ci qu'une relation va se développer. Cette relation peut faciliter ou empêcher la collaboration entre les partenaires de la consultation, d'où sa grande importance. En pédiatrie, la présence des représentants de l'enfant rend ce rendez-vous d'autant plus particulier. En effet, le thérapeute n'a pas qu'un seul interlocuteur, mais plusieurs protagonistes à prendre en compte, ce qui complexifie sa tâche.

Afin que cette consultation soit le plus efficace possible, Frankel et Stein ont développé le « modèle des quatre habitudes » (7). Selon cette méthode, l'application de ces quatre habitudes aide à établir une relation de confiance avec le patient et sa famille, et un échange d'informations plus efficace, donc une augmentation de l'adhésion et des résultats de santé. Ce modèle explore les comportements qu'un soignant peut adopter pour rendre une consultation aussi efficace que possible :

| Habitudes | Compétences |
|------------------------------------|---|
| S'INVESTIR DES LE DEBUT | Créer une relation rapidement Obtenir les inquiétudes du patient Planifier la visite avec le patient |
| OBTENIR LE POINT DE VUE DU PATIENT | Questionner le patient sur ses idées Obtenir une demande spécifique Explorer l'impact sur la vie du patient |
| FAIRE PREUVE D'EMPATHIE | Etre ouvert aux émotions du patient Faire une déclaration empathique Transmettre l'empathie de façon non verbale Etre conscient de nos propres réactions |
| S'INVESTIR A LA FIN | Fournir les informations du diagnostic Fournir une éducation Impliquer le patient dans la prise de décision Achever la visite |

Tableau 1 – The four habits model – Frankel & Stein, 1996

2.2.3 Les éléments clés d'une hospitalisation en pédiatrie

La Charte européenne de l'enfant hospitalisé (8) a délivré dix recommandations pouvant servir de guide pour une hospitalisation mieux vécue par l'enfant, ses parents, et l'équipe soignante :

1. L'enfant ne doit être hospitalisé que si les soins dont il nécessite ne peuvent être réalisés à domicile ou en hospitalisation de jour.
2. Il est dans les droits de l'enfant, quel que soit son âge, d'avoir ses parents ou tuteurs près de lui à toute heure de la journée.
3. Les parents sont encouragés à rester avec leur enfant, sans pour autant entraîner un problème financier. Ceux-ci sont informés des règles de fonctionnement du service afin qu'ils participent de façon active aux soins de leur enfant.

4. Les enfants et leurs parents peuvent bénéficier d'informations sur le parcours de soins afin qu'ils puissent prendre part aux décisions qui les concernent. Ces informations doivent cependant être adaptées à l'âge de l'enfant et à sa compréhension.
5. Les enfants et leurs parents ont le droit à des informations afin qu'ils participent aux décisions concernant la santé de l'enfant et ses soins. Les examens ou les traitements qui ne sont pas essentiels sont à éviter.
6. Les enfants doivent être regroupés selon leur âge afin qu'ils aient accès à des activités adaptées et sécuritaires. Ils ne sont donc pas admis dans les services pour adultes.
7. L'hôpital doit être en capacité d'offrir aux enfants un lieu de vie correspondant à leurs besoins, en ayant des équipements, du personnel et une sécurité adaptés à leur jeune âge.
8. Les soignants doivent être qualifiés afin de garantir une réponse aux nécessités psychologiques et émotionnelles des patients et de leur famille.
9. L'organisation des soignants doit être faite de telle sorte qu'ils assurent une continuité des soins pour chaque enfant.
10. L'équipe soignante doit respecter l'intimité de l'enfant et le traiter avec bienveillance.

2.3 Relation soignant-soigné-famille

En règle générale, une relation thérapeutique comprend deux sujets, mais dans le cas de la pédiatrie, cette relation est particulière car elle implique trois membres : un soignant, un parent et un enfant. Selon A. Manoukian, psychologue clinicien, « tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant/soigné (...) Le travail de soignant inclut nécessairement un aspect de relation. » (9)

2.3.1 La relation soignant-soigné

La relation soignant-soigné est une relation bilatérale asymétrique entre un professionnel de santé et la personne dont il prend soin. De nombreuses recherches (10) en soins infirmiers ont permis d'identifier sept formes de relations, que l'on peut également élargir au champ de la masso-kinésithérapie.

La **relation de civilité** se situe en dehors du soin et correspond aux obligations sociales du soignant, comme la gentillesse, la courtoisie, la politesse... Elle est à la base de toute relation car la forme est aussi importante que le fond dans toute interaction.

La **relation de soins** varie selon le contexte de soins (domicile, hôpital, cabinet libéral) et est mise en œuvre par le soignant durant les soins. Elle se focalise sur l'acte technique et le moment présent, on la caractérise donc de relation informative.

La **relation d'empathie** est l'approche la plus appropriée dans une relation soignant-soigné. L'empathie est une « réponse affective envers autrui qui implique parfois (mais pas toujours) un partage de son état émotionnel » et « la capacité cognitive de prendre la perspective subjective de l'autre personne sans confusion avec ses propres affects (11) ». Cette relation sert de support pour la personnalisation des soins.

La **relation d'aide psychologique** est une relation à visée thérapeutique s'appuyant sur la confiance et l'empathie. Elle a pour but d'aider un patient à gérer une situation qu'il juge dramatique pour lui, ponctuellement ou de façon prolongée après l'événement.

Le **counselling** est d'origine anglo-saxonne et se base sur des entretiens permettant au patient d'évoquer ses difficultés et trouver ses propres solutions. Il s'agit d'une méthode de soutien nécessitant une formation de la part du soignant.

La **relation thérapeutique** est utilisée par des professionnels prenant en charge des patients souffrants de pathologies psychiatriques. Son but est de soigner le patient dans le cadre d'un projet de soins thérapeutique.

La **relation éducative** est mise en place par les soignants lorsque le patient nécessite un apprentissage (sevrage, auto-soins, changement des habitudes de vie...). Elle s'appuie donc sur une approche psychologique, cognitive et technique basée sur l'observance du patient afin qu'il accompagne sa prise en charge et suive les conseils qui lui sont prodigués.

La **relation de soutien social** place le soignant à l'interface entre le patient et son entourage afin de leur apporter un soutien ou une aide pour qu'ils fassent face à une situation. On retrouve quatre grands domaines dans le soutien social, comme le soutien émotionnel, le soutien d'estime, le soutien matériel et financier ainsi que le soutien informatif. Le soutien sera plus ou moins efficace selon le domaine concerné, le professionnel et le patient. C'est une relation primordiale à développer chez les professionnels de santé.

Finalement, ces différentes formes de relation soignant-soigné ne sont pas des entités distinctes mais fonctionnent bien en concordance en étant plus ou moins mises en place selon les situations vécues par les soignants.

2.3.2 Les six C

Les soignants s'occupant d'enfants et de leur famille doivent développer et maintenir des relations thérapeutiques efficaces, confiantes et collaboratives qui s'inscrivent dans le cadre des limites professionnelles. Cette relation est la responsabilité du soignant et doit être positive et mutuellement acceptable pour toutes les parties prenantes. L'approche des 6C (12) (*Care, Commitment, Compassion, Courage, Competence, Communication*) place le patient au centre de la relation thérapeutique et fournit un cadre de valeurs et de comportements pouvant guider les soignants.

- **Le soin (Care)** : il implique la manifestation de considération et de respect pour le bien-être de l'enfant et de la famille et l'anticipation de leurs besoins. La négociation et l'accord d'objectifs ciblés et stratégiques définissent les paramètres et les attentes de la relation. La confiance doit être établie dès le début.

- **L'engagement** (*Commitment*) : il nécessite la diffusion d'informations pour garantir que l'enfant et la famille soient autonomes dans leurs soins. Une approche sans jugement doit être apparente.
- **La compassion** (*Compassion*) : la capacité à faire preuve d'empathie et à transmettre une compréhension de la perspective de l'enfant et de la famille doit être évident. Il doit y avoir une démonstration de respect et d'authenticité.
- **Le courage** (*Courage*) : il suppose de défendre l'enfant et sa famille afin de leur permettre de se responsabiliser. Il s'agit de la capacité de soulever des préoccupations lorsque cela est nécessaire.
- **La compétence** (*Competence*) : des connaissances contemporaines fondées sur des preuves et une application à la pratique clinique sont nécessaires pour fournir des soins optimaux pour l'enfant et la famille.
- **La communication** (*Communication*) : communiquer avec les enfants, en reconnaissant leurs différents besoins en fonction de leur âge, de leur développement et de leurs capacités. La création de relations permet d'établir la confiance, indispensable lors d'une prise en charge.

2.3.3 Le partenariat parent-soignant

Lors d'une prise en charge pédiatrique, les parents ou l'entourage de l'enfant prennent une place primordiale dans le parcours de soin, d'autant plus dans le système actuel qui tend à réduire les durées d'hospitalisation. Cela nécessite donc un partenariat entre parents et soignants (13).

Les parents sont de plus en plus sollicités pour prodiguer certains soins afin d'accélérer le retour à domicile de leur enfant. Cela leur permet de prendre part à la prise en charge, et diminue de ce fait la charge de travail des équipes soignantes. Cependant, celles-ci voient aussi leur charge de travail augmenter lorsqu'elles doivent apprendre certains soins complexes aux parents.

La sociologue S.Mougel qualifie cette relation de « partenariat obligé » (13) entre les parents et les soignants, car les professionnels de santé sont aujourd'hui dépendants de la participation des parents, qui réduit la durée d'hospitalisation pour les maladies aiguës. Pour les maladies chroniques, il est évident que s'appuyer sur la présence des parents est primordial pour garantir un retour à domicile dans de bonnes conditions. De plus, « la présence d'un parent sensible et attentif aux côtés de l'enfant joue un rôle décisif pour garantir le bien-être de ce dernier à l'hôpital, surtout chez les plus petits » (13). A l'inverse, l'absence des parents près de l'enfant rend le travail des soignants plus difficile.

Ce partenariat « obligé » remet en lumière la controverse sur le meilleur garant des intérêts de l'enfant. Les deux parties ne sont pas toujours complémentaires car chacune va évaluer l'engagement de l'autre au nom de l'intérêt de l'enfant. Les professionnels de santé doivent pouvoir compter sur la présence des parents pour la réalisation de certains soins de qualité, mais se trouvent parfois désarmés quand des parents présents participent au mal-être de leur enfant, ce qui les oblige en permanence à réévaluer cette relation de soin particulière.

2.4 Communication

Selon le dictionnaire Larousse, la communication se définit comme « l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse. » (14)

2.4.1 Particularité de la communication en pédiatrie

Comme vu précédemment, la relation médicale en pédiatrie comprend trois sujets : un soignant, un parent et un enfant, ce qui entraîne un degré accru de difficulté de communication. La communication soignant - parent - enfant comprend trois éléments (6):

- l'information se référant à la quantité et à la qualité des données relatives à la santé fournies par le soignant ;

- la sensibilité interpersonnelle concernant les comportements affectifs du soignant et son intérêt pour les sentiments et les préoccupations du patient et de ses aidants ;
- la construction d'un partenariat par la manière dont le soignant invite le parent et l'enfant à exprimer leurs préoccupations, leurs points de vue et leurs suggestions au cours de la consultation.

Plusieurs études (6) ont prouvé que les facteurs prédictifs les plus importants pour une communication efficace entre soignants et patients/parents sont : l'intérêt, la sollicitude, la chaleur et la réactivité.

2.4.2 La communication verbale

Selon B. Bathelot, professeur de marketing, la communication verbale désigne « l'ensemble des éléments d'information transmis par la voix lors d'une situation de communication (...), elle est notamment caractérisée par le registre et niveau de langage, le ton, le débit, le niveau sonore de l'expression, les silences... » (15)

2.4.2.1 La parole du soignant à l'enfant

Françoise Dolto, pédiatre et psychanalyste, disait : « Les mots sont nécessaires à l'enfant pour lui permettre d'organiser ses sensations, sortir du chaos et du vide (...), car ne pas dire, c'est le laisser dans une véritable catastrophe » (16).

Le soignant intervient souvent dans des situations difficiles pour l'enfant, surtout dans le secteur hospitalier, il doit donc s'adresser à lui dans le but de le conforter dans ce séjour étranger pour lui. Pouvoir parler avec lui permet de lui faire comprendre que sa souffrance peut s'expliquer, ainsi cela le sécurise. Il s'agit donc pour l'équipe soignante « d'inventer une créativité quotidienne, discrète, respectueuse et soucieuse d'empathie. C'est un véritable défi que doit relever l'équipe face à chaque situation et chaque événement. » (17)

Mais comment savoir quelles informations donner à un enfant, tout en le protégeant des explications qui pourraient l'apeurer ? Il est indispensable de le questionner sur sa connaissance de sa pathologie, ses représentations et ses questionnements, avant de lui donner une information qui pourrait l'angoisser. Il semblerait approprié de lui expliquer sa maladie et ses traitements de manière simplifiée afin que l'enfant s'implique davantage dans sa prise en charge. Ces informations doivent cependant évoluer selon le rythme de l'enfant et la progression de ses symptômes. Le but final étant d'aider l'enfant à partager son projet thérapeutique avec les adultes qui l'entourent.

2.4.2.2 La parole des parents à l'enfant

Le comportement entre les parents et leur enfant en milieu médical est corrélé à ce qu'ils vivent quotidiennement. Le parcours de soins de l'enfant intervient au cours d'une histoire de vie familiale à laquelle il faut s'adapter. « L'écoute interactive et l'observation bienveillante des soignants aident les parents à adapter leur attitude de père et de mère à cette situation extraordinaire, elles les soutiennent jusqu'à ce qu'ils y trouvent leur place et leur parole propre ». (17)

Tout comme leur enfant, les parents doivent être informés sur sa pathologie et son parcours de soins. Selon la gravité de la maladie, certains sont plus ou moins angoissés, anxieux ou font preuve de culpabilité... ils ont également une vie familiale à gérer et cela leur demande donc du temps avant d'accepter certaines informations. Dans ce cadre, un partenariat entre parents et soignant se crée afin de réfléchir ensemble à ce qui pourra être dit à l'enfant ou non.

2.4.3 La communication non verbale

Selon B. Bathelot, la communication non verbale désigne « l'ensemble des éléments d'information non transmis par la voix lors d'une situation de communication » (18). On retrouve comme éléments principaux de la communication non verbale : la proxémie, la posture, la gestualité, le toucher, l'expression faciale (le regard, le sourire, les mimiques) et le paralangage.

Si l'enfant ne parle pas, sa parole peut être appréhendée dans ses gestes, attitudes, comportements, postures... « Le soignant et le parent font alors équipe pour interpréter ce langage corporel et comportemental avant d'élaborer une réponse à l'enfant ». (17)

Albert Mehrabian, professeur de psychologie en Californie, décrit en 1971 la « règle des 3 V » (19) Cette règle est basée sur deux études qu'il réalisa en 1967 afin d'établir le pourcentage de part de verbal, vocal et visuel dans une communication orale. Bien que sa méthode ait été critiquée, les résultats ont montré que :

- 7% de la communication est verbale (signification des mots)
- 38% de la communication est vocale (intonation, son de la voix)
- 55% de la communication est visuelle (expression du visage, langage corporel)

2.4.3.1 La proxémie

Selon Edward HALL, anthropologue américain, la proxémie est l'étude des distances sociales entre les individus. Dans son ouvrage, il distingue quatre différents types de distance (20) :

- La **distance intime** (de 0 à 0,45 mètre) : elle se caractérise par un contact physique important, voire envahissant.
- La **distance personnelle** (de 0,45 à 1,25 mètre) : cette distance permet aux individus de s'isoler des autres car peu de surfaces corporelles sont mises en contact.
- La **distance sociale** (de 1,20 à 3,30 mètres) : elle reflète un rapport impersonnel où les détails visuels sont perdus et les contacts éphémères. Plus la distance sociale est importante, plus les interactions sont formelles.
- La **distance publique** (plus de 3,60 mètres) : l'interaction n'est pas recherchée avec l'autre individu, la personne met en place un mécanisme de défense face à un public ou une menace.

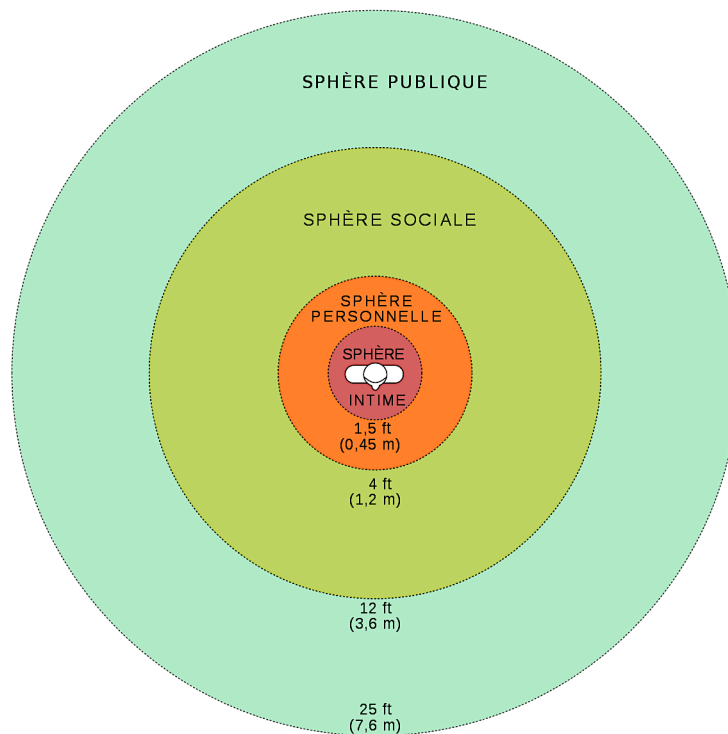


Figure 1 – La proxémie selon Edward Hall – *La dimension cachée*, 1978

2.4.3.2 La posture

La posture correspond à « la position du corps ou d'une de ses parties dans l'espace. » (21) C'est grâce à elle qu'un individu peut obtenir des informations sur la manière dont son interlocuteur se sent. Chaque élément de la posture peut être le reflet de l'état affectif, motivationnel ou relationnel d'une personne.

Depuis 1980, la plupart des auteurs (22) définissent quatre postures fondamentales pouvant déterminer le type de communication que l'individu cherche à établir :

- La **posture en extension** : elle peut être reçue comme une attitude de domination ou de mépris envers l'autre.
- La **posture de rejet** : elle peut être associée à un comportement de refus ou de crainte.

- La **posture de contraction** : il s'agit d'une posture de soumission et d'abandon de la relation.
- La **posture d'approche** : il s'agit d'une attitude d'accueil et d'ouverture à l'autre. Contrairement aux autres postures, elle détermine un climat relationnel positif.

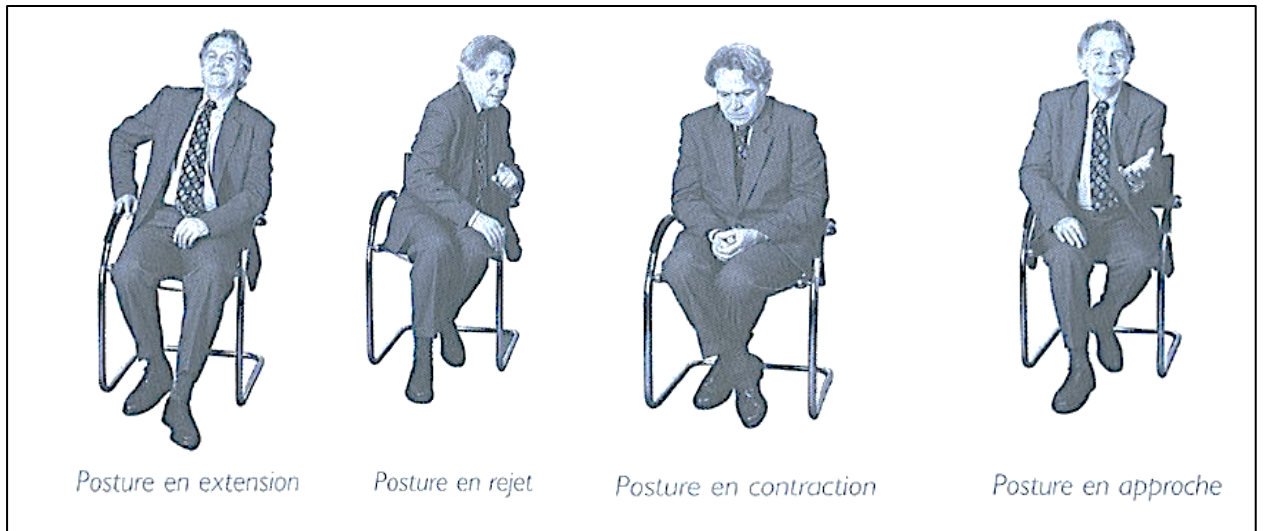


Figure 2 – Les quatre postures fondamentales selon J-C Abric – *Psychologie de la communication : théories et méthodes*, 2011

2.4.3.3 La gestualité

Il s'agit de « l'ensemble des gestes, considérés sur le plan de leur signification symbolique ou de leur valeur d'accompagnement du discours ». (23) Ekman & Friesen (1969) distinguent cinq types de mouvements corporels cités par DeVito en 1993 (24) :

- Les **mouvements emblématiques** : ils symbolisent les comportements et expressions selon les différentes cultures.
- Les **mouvements illustratifs** : ils illustrent les discours verbaux.
- Les **mouvements de manifestations affectives** : ils traduisent une émotion que ressent le locuteur.

- Les **mouvements régulateurs** : ils organisent les échanges verbaux.
- Les **mouvements adaptatifs** : ils permettent d'assouvir un besoin personnel.

2.4.3.4 Le toucher

Une étude réalisée par Jones & Yarbrough sur le sens du toucher définit en 1985 plusieurs significations du toucher (25) : le **toucher d'affect positif** (soutien, reconnaissance, inclusion, sexuel, affection), le **toucher espiègle** (affection espiègle, agression espiègle), le **toucher contrôlé** (conformité, attirer l'attention, annoncer une réponse) et le **toucher rituel** (salutation, départ).

Si l'on se recentre sur l'enfant, le toucher est, chez le nouveau-né, le sens le plus efficace. C'est aussi la manière la plus facile d'entrer en contact avec lui car le toucher est la première forme de relation. Il est également indispensable pour le bon développement de l'enfant, car « le besoin d'une stimulation tactile tendre est un besoin primaire qui doit être satisfait pour que le bébé se développe et devienne un être humain sain et équilibré. » (26)

Dans la rencontre entre le soignant et l'enfant, la main du soignant va rentrer en contact avec l'enfant, d'autant plus pour les masseurs-kinésithérapeutes chez qui la main est l'outil de travail principal. Ce contact permet de faire passer des émotions, des sentiments, de l'apaisement, mais aussi de l'évitement que l'enfant perçoit. « Le toucher est le sens le plus social car, contrairement aux autres qui peuvent s'exercer lorsque l'individu est seul, il implique une interaction avec autrui : il est le sens de la réciprocité. » (27)

2.4.3.5 L'expression faciale

L'expression du visage est une composante clé de la relation, la perception de celle-ci est directe lors d'une rencontre. Certains indicateurs comme le regard, le sourire ou les mimiques jouent un rôle essentiel dans les interactions humaines.

Le regard est ce qui permet d'établir le contact avec autrui. Il « n'est pas seulement l'orientation de l'œil dans une direction pour obtenir des informations (...). Il est capture du monde et d'autrui, construction de ce monde par le sujet. » (27) La rencontre entre un soignant et un enfant se fait souvent par l'évaluation du regard, qui permet d'exprimer un certain nombre de choses. Un regard insistant montre une envie de vivre, tandis qu'un regard qui se détourne ou qui regarde dans le vide est mauvais signe. Le regard est influencé par trois types de variables (22) :

- Variable culturelle : selon les cultures, un regard peut être pris comme une attaque ou une insécurité.
- Variable sociale : lors d'une interaction hiérarchisée, la personne « dominée » regarde plus son interlocuteur lorsqu'il l'écoute que quand il lui parle. A l'inverse, la personne ayant un statut social supérieur regarde plus son interlocuteur quand il parle que lorsqu'il écoute.
- Variable situationnelle : quand une situation est limpide, le regard contribue à la communication donc à une bonne relation. Au contraire, lorsqu'une situation est ambiguë, le regard accentue ce sentiment.

Selon l'éthologue D. Morris, **le sourire** « serait un mécanisme instinctif de survie chez l'être humain nouveau-né, lui assurant la sécurité et l'attachement de ses proches. » (28) Fondamentalement, une communication qualitative repose sur un bon climat relationnel. Le sourire est un des éléments les plus importants de celui-ci, il atteste d'une « volonté d'échange et d'une acceptation de l'Autre (...). Si le rire est expression, le sourire, lui, est communication. » (22)

Les mimiques faciales sont difficiles à analyser car elles changent très rapidement. Cependant, Ekman, Friesen et Ellsworth (24) distinguent six émotions pouvant être transmises par ces mimiques : le bonheur, la surprise, la crainte, la colère, la tristesse, le dégoût/mépris. Il existerait d'autres états émotionnels selon certains auteurs, mais ceux-ci proviendraient d'un assemblage de ces six émotions pures.

2.4.3.6 *Le paralangage*

Le paralangage est défini comme « l'ensemble des moyens de communication naturels qui ne font pas partie du système linguistique, mais qui peuvent accompagner et renforcer la parole » (29). On retrouve par exemple la hauteur, l'intonation, la force, le volume, le rythme ou le débit de la voix, ainsi que les temps de pauses ou de silence. Selon les situations, l'interlocuteur porte plus d'attention à ces signaux paralinguistiques qu'au contenu des mots.

2.4.4 *Le modèle de Kalamazoo*

L'un des modèles les plus efficaces de communication médecin-patient a été défini dans la déclaration de consensus de Kalamazoo (30) et comprend les étapes suivantes :

1. *Etablir une relation médecin-patient* : une relation thérapeutique forte et efficace est la condition sine qua non de la communication entre un soignant et un patient.
2. *Ouvrir la discussion* : permettre au patient d'exprimer ses préoccupations et établir une relation personnelle avec lui.
3. *Recueillir des informations* : utiliser des questions ouvertes ou fermées de façon appropriée, écouter activement en utilisant des techniques non verbales et verbales.
4. *Comprendre le point de vue du patient* : explorer les facteurs contextuels, les croyances, les attentes, les sentiments et les valeurs du patient, et y répondre.
5. *Partager les informations* : employer un langage compréhensif pour le patient et vérifier sa bonne compréhension en encourageant ses questions.

6. *Parvenir à un accord sur les problèmes et les projets* : encourager le patient à participer aux décisions qui le concernent, vérifier sa volonté à suivre un projet et identifier ses ressources et soutiens.
7. *Clore le dossier* : demander au patient s'il a d'autres préoccupations, lui résumer le plan d'action et discuter du suivi.

Finally, communication with a child also requires adapting to their stage of development in order to facilitate the relationship (31) (toddlers and young children, preschool children, school-age children, adolescents, young adults). Even though children evolve at their own pace, a general understanding of the different stages of their life can help the caregiver develop a better relationship with the child and their family.

2.5 Empathie

Historically, the term empathy was first used in the 19th century by the philosopher Robert Vischer. Coming from the German « *einfühlung* », it initially qualified the aesthetic relationship that could exist between a subject and a work of art. It was then by the philosopher and psychologist Theodor Lipps that empathy was extended to interpersonal relationships.

Today, empathy is defined as the « intuitive faculty of putting oneself in the place of another, of perceiving what they feel. » (32) It is therefore a complex phenomenon that each of us puts into practice in our daily lives, and even more so in the caregiving world.

2.5.1 Les concepts de l'empathie

According to D. Batson (33), the term empathy is used for different phenomena because researchers invoke it to answer two distinct questions: how do we know what another person thinks and feels? What pushes a person to respond with sensitivity and attention to the suffering of another?

Lors d'un échange avec une personne, Batson définit huit états psychologiques différents correspondant à des concepts d'empathie :

- **Concept 1** : *la connaissance de l'état interne de l'autre personne*. Cela permet de comprendre ce que pense et ressent quelqu'un grâce aux signes qu'il nous donne. Cela peut être difficile si les indices sont limités.
- **Concept 2** : *l'imitation motrice et cérébrale*. Selon ce modèle, percevoir un autre dans une situation donnée conduit automatiquement l'un à correspondre à l'état neuronal de l'autre car la perception et l'action reposent en partie sur les mêmes circuits neuronaux. Du fait de la représentation neuronale appariée, on revient à ressentir ce que l'autre ressent, et ainsi à comprendre son état interne.
- **Concept 3** : *la résonance émotionnelle*. Il s'agit de ressentir la même émotion qu'une autre personne ressent, ou du moins une émotion similaire.
- **Concept 4** : *la projection sur la situation d'autrui*. Ce modèle implique que la personne fasse preuve d'imagination afin d'imaginer ce que l'autre peut ressentir ou vivre, cela peut donc être une source d'erreur.
- **Concept 5** : *la représentation des sentiments d'autrui*. Cela peut être basé sur ce que la personne dit et fait, mais aussi sur notre connaissance de son caractère, de ses valeurs... On ne parle pas vraiment de ce que l'on sait des sentiments et des pensées de l'autre, mais de sa sensibilité à la façon dont l'autre est affecté par sa situation.
- **Concept 6** : *imaginer ce qu'on penserait et comment l'on se sentirait à la place de l'autre*. Cela rejoint le concept 4 mais ils ont été développés dans des contextes très différents. Le but est d'endosser la subjectivité de l'autre et essayer de se mettre à sa place.
- **Concept 7** : *la détresse empathique*. Cet état n'implique pas de se sentir en détresse pour l'autre, mais de se sentir bouleversé par l'état de l'autre.
- **Concept 8** : *la sollicitude empathique*. Elle permet d'identifier les besoins des personnes et les meilleurs moyens pour les aider.

Ces huit phénomènes s'intègrent différemment dans les réponses aux deux questions soulevées au départ.

2.5.2 L'empathie dans la relation soignant-soigné

Dans le domaine de la santé, l'empathie « permet au thérapeute à la fois de ressentir et de comprendre le mode de l'affectation du patient. L'exercice d'un tel sens de l'empathie est un travail qui exige des savoirs et du savoir-faire. » (34) On comprend donc que c'est un élément relationnel nécessaire à la bonne pratique dans le soin.

Pouvoir travailler son empathie permettrait à la fois de mieux percevoir ses émotions et celles de son patient, ainsi que d'augmenter le sentiment de soutien qu'il perçoit. Afin de s'améliorer dans cette relation, M. Vannotti propose un processus comprenant six étapes (34) :

1. *Reconnaître les moments d'émotion* : il n'est pas toujours évident pour le thérapeute de percevoir ces moments car le patient ne le verbalise pas forcément. Il doit donc reconnaître certains signes et manifestations émis par son patient.
2. *Demander au patient ce qui se passe* : le soignant invite son patient à exprimer ses émotions et son vécu, afin de clarifier ses propres pensées.
3. *Nommer l'émotion* : le panel des émotions est tellement large qu'il peut être difficile pour le patient de les formuler. Le thérapeute peut donc l'aider par des hypothèses qu'il viendra, ou non, confirmer.
4. *Légitimer l'émotion* : après avoir reconnu et identifié les manifestations émotionnelles de son patient, le soignant peut donc les confirmer et ainsi les légitimer.
5. *Respecter les efforts du patient* : beaucoup de patients arrivent à surmonter leurs difficultés sans aide immédiate de leur thérapeute. Il faut donc faire preuve de modestie et laisser le patient entreprendre les actions qu'il juge nécessaires.
6. *Lui offrir aide et soutien pour la suite* : le soignant doit se montrer disponible et engagé. Au-delà des gestes techniques qui l'incombent, le patient demande avant tout à son thérapeute de le soutenir et de l'accompagner.

Ces étapes permettent au thérapeute d'améliorer son attitude empathique, en considérant les sentiments de son patient.

2.6 Expérience

Etymologiquement, l'expérience se définit comme le fait de « développer la connaissance des êtres et des choses par leur pratique et par une confrontation plus ou moins longue de soi avec le monde. » (35)

2.6.1 L'expérience comme apprentissage

D. Kolb, écrivain américain, a longuement étudié l'apprentissage par l'expérience. Il publie en 1984 un modèle de style d'apprentissage expérientiel représenté par un cycle en quatre étapes (36) :

- Etape 1 : l'expérience concrète : faire/avoir une expérience.
- Etape 2 : l'observation réfléchi : examiner/réfléchir sur l'expérience.
- Etape 3 : la conceptualisation abstraite : conclure/apprendre de l'expérience.
- Etape 4 : l'expérimentation active : planifier/appliquer ce qui a été appris.

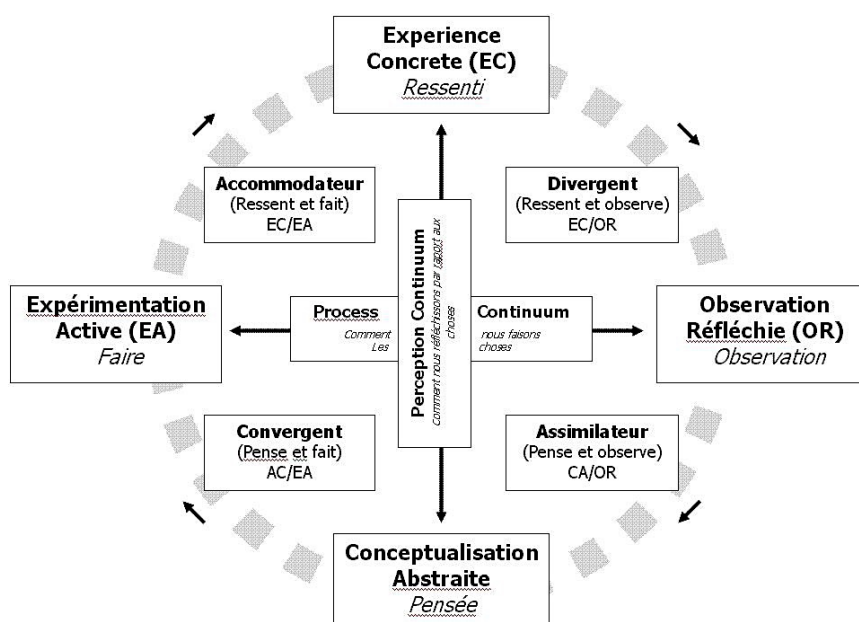


Figure 3 – Modèle de Kolb, *Experiential learning*, 1984

Avec ce modèle, il souligne le fait que l'être humain apprend par ses expériences, et que son apprentissage est efficace lorsqu'il exécute ces quatre étapes, pouvant ensuite aboutir à de nouvelles expériences : « L'apprentissage est le processus par lequel la connaissance est créée par la transformation de l'expérience. » (36) De plus, il observe

que chaque personne a un style d'apprentissage propre, selon ses préférences aux précédentes étapes, définissant ainsi quatre traits de caractères (divergent, assimilateur, convergent, accommodateur).

Le modèle de Kolb a cependant été critiqué du fait que les apprentissages dont il fait référence soient principalement individuels, alors que le collectif et l'aspect humain sont nécessaires aux apprentissages expérientiels. (37)

2.6.2 L'expérience et la confiance en soi

La relation de soin en pédiatrie s'ancre considérablement sur la confiance s'établissant entre le soignant et la famille. En effet, le soin, la relation et la confiance sont intimement liés, « la confiance est fondamentale dans l'interaction de soin. » (38) Mais cette relation est-elle aussi solide si le thérapeute n'a pas confiance en lui ?

L. Bellenger évoque trois alliés de la confiance en soi comme étant le désir, l'ambiance et l'accoutumance. (39) Cette dernière signifie que faire quelque chose régulièrement accorde une plus grande aisance dans ce domaine. Cela recoupe la notion d'expérience définie comme un ensemble de « connaissances concrètes acquises par l'usage et le contact avec la réalité de la vie. » (35) D'après cet auteur, l'expérience crée chez certaines personnes un sentiment de confort et de progression. En améliorant leur niveau de compétence et de maîtrise, ils nourrissent leur confiance en eux et se sentent sûrs d'eux. Il existe donc une réelle corrélation entre l'expérience, l'apprentissage de nouvelles compétences et la confiance en soi que cela engendre. Cependant, être à l'aise dans les situations que l'on maîtrise ne signifie pas d'être à l'aise avec soi-même. Il est donc important de ne pas oublier que « la vraie confiance en soi se teste face à l'inconnu. » (39) Cet inconnu se retrouve notamment dans les relations de soin, les MK y font face quotidiennement dans leur pratique, nourrissant ainsi leur expérience et confiance en eux.

3 Problématique et hypothèses de recherche

Ces différents concepts mettent en lumière la complexité des relations soignant-soigné, d'autant plus dans le domaine de la pédiatrie où le sujet principal est un être vulnérable en développement. La relation triangulaire entre l'enfant, sa famille et l'équipe soignante demande une vigilance accrue des soignants afin de répondre au mieux à ce qui leur est demandé. De nombreux écrits ont exploré cette prise en charge particulière chez les médecins et les infirmières, mais il existe très peu de recherches sur le rôle des MK dans ces parcours de soins. C'est pourquoi ce travail d'initiation à la recherche s'intéresse à la problématique suivante :

Quels sont les moyens mis en place par les masseurs-kinésithérapeutes pour adapter leur prise en charge en pédiatrie ?

Le premier objectif est de faire un état des lieux des recherches et recommandations sur la prise en charge d'un enfant dans les établissements de santé. Deuxièmement, confronter ces données à la pratique des MK sur leur lieu de travail, en secteur hospitalier, centre de rééducation ou en ville. Le dernier objectif est, si possible, de déterminer des grandes tendances communes à la pratique des MK en pédiatrie et d'en dégager les points clés. Les hypothèses sont les suivantes :

- Hypothèse 1 : la formation et l'expérience du masseur-kinésithérapeute lui permettent de s'adapter plus facilement aux différentes situations qu'il peut rencontrer en pédiatrie.
- Hypothèse 2 : la patientèle et le lieu de travail ont un impact sur la façon de prendre en charge un enfant.
- Hypothèse 3 : la relation soignant-enfant-famille et l'attitude du thérapeute priment sur la communication verbale en pédiatrie.

4 Méthodologie de recherche

4.1 Choix de l'entretien semi-directif

Après avoir posé ma problématique et dégagé les objectifs de ma recherche, la réalisation d'entretiens semi-directifs a semblé être la méthodologie la plus adaptée pour ce travail.

Un entretien semi-directif est une méthode qualitative employée avec un guide d'entretien retraçant les sujets que l'interviewer veut aborder. Les interviewés s'expriment librement sur chaque sujet, mais l'interviewer peut inviter son interlocuteur à parler de certains thèmes si la personne n'en a pas parlé. « Au plan méthodologique, la recherche qualitative s'inscrit dans une logique compréhensive en privilégiant la description des processus plutôt que l'explication des causes ». (40)

L'utilisation de cette méthode permet de répondre à la problématique posée par l'analyse de données qualitatives et non quantitatives. En effet, ces entretiens laissent une liberté d'expression aux interviewés, qui sont interrogés par des questions ouvertes et larges, leurs réponses allant ou non dans le sens des hypothèses énoncées précédemment.

4.2 Choix de la population

La population concernée par ces entretiens comprend des MK diplômés d'état ayant des enfants (de 0 à 18 ans) dans leur patientèle, exclusivement ou partiellement. Les participants ont été choisis en fonction de leur pertinence par rapport au sujet étudié (la prise en charge en pédiatrie) tout en représentant au mieux les différents modes d'exercices de la masso-kinésithérapie (centre hospitalier (CH), centre de réadaptation (CDR), cabinet libéral).

Les MK concernés ont été contactés majoritairement par mail, ainsi que par téléphone. Initialement, deux hôpitaux, un centre de rééducation et trois cabinets libéraux ont été sollicités, par souci de proximité géographique. N'ayant eu aucune

réponse de certains, j'ai contacté d'autres structures plus éloignées en leur proposant un entretien téléphonique. Finalement, sur les 9 MK et groupes de MK contactés, 6 d'entre eux étaient disponibles et intéressés pour participer à cette étude.

La répartition idéale des thérapeutes que je m'étais fixée afin de cibler un panel représentatif a été respectée puisqu'il y a autant de MK libéraux que salariés. Voici cette répartition :

- Trois MK libéraux, dont un exclusivement pédiatrique, et deux ayant une patientèle mixte
- Trois MK salariés, dont un exerçant à l'hôpital en service pédiatrique, et deux en centre de rééducation

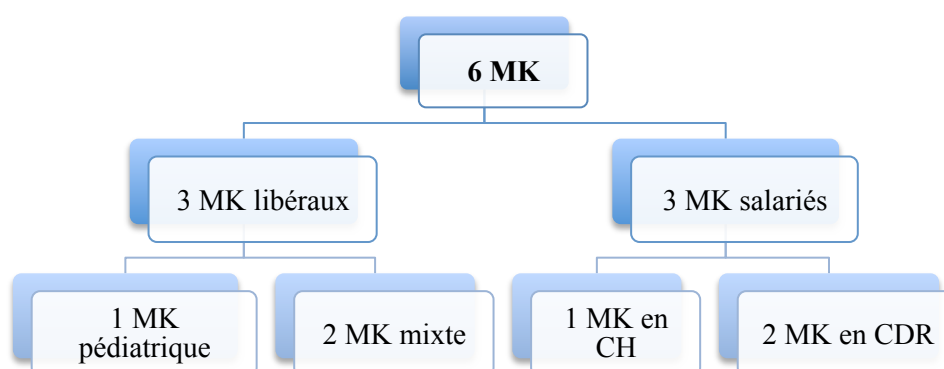


Figure 4 – Schéma de la répartition des entretiens selon le mode d'exercice

Cette répartition permet de toucher différents types de prises en charge et de patientèles. Afin de préserver l'anonymat des personnes interviewées, leurs prénoms ont été modifiés.

| Interviewé | Age | Année du DE | Etablissement | Années d'expériences pédia | Patientèle |
|------------|--------|-------------|-----------------|----------------------------|-------------------|
| Juliette | 34 ans | 2009 | CDR | 5 ans | Exclusivité pédia |
| Olivier | 41 ans | 1999 | Cabinet libéral | 17 ans | Exclusivité pédia |
| Sylvie | 57 ans | 1984 | Hôpital | 30 ans | Exclusivité pédia |
| Philippe | 48 ans | 1994 | CDR | 20 ans | Exclusivité pédia |
| Stéphanie | 43 ans | 1998 | Cabinet libéral | 8 ans | Mixte |
| Pauline | 27 ans | 2016 | Cabinet libéral | 1 an | Mixte |

Tableau 2 – Tableau récapitulatif des MK interviewés

4.3 Fixation du cadre de l'entretien

La méthodologie adéquate et la population ayant été choisies, la fixation du cadre de l'entretien est une étape importante avant de débiter. En effet, « l'environnement dans lequel l'individu se situe lorsqu'il est interviewé et les réactions suscitées par la rencontre avec l'interviewer tendent à influencer son discours ». (41)

Selon Blanchet et Gotman (42), le *lieu et le moment*, le *profil de l'interviewer* et les *liens contractuels* lors des échanges précédant l'entretien sont des éléments décisifs lorsque l'on fixe le cadre de l'entretien.

4.3.1 Choix du lieu et du moment

Afin de faciliter la mise en place des entretiens, il a été décidé de les réaliser sur les lieux de travail des personnes interviewées, c'est-à-dire à leur cabinet libéral et à l'hôpital. A chaque fois, l'interview s'est déroulée dans une pièce isolée et à l'abri du bruit afin de favoriser la discussion sans risque d'interruption.

Trois entretiens ont été réalisés par téléphone à cause de la distance. Les MK se trouvaient sur leur lieu de travail au moment de l'appel (CDR et cabinet libéral) et étaient également isolés et au calme.

Concernant la date et l'heure, celles-ci étaient fixées en amont avec les MK afin de les interroger sur un moment où ils étaient totalement disponibles. Ils étaient prévenus en amont qu'une plage horaire de 20 à 30 minutes serait nécessaire. Nous avons ensuite convenu de dates qui nous arrangeaient mutuellement.

4.3.2 Profil de l'interviewer

Le contexte de l'entretien va être déterminé par « les interactions entre le profil psychologique de l'interviewer et celui de l'interviewé » (41), il faut donc qu'il y ait un certain équilibre sociologique entre les deux interlocuteurs, sans pour autant que l'interviewé considère l'interviewer comme un proche. Lors de la rencontre,

l'interviewer doit faire en sorte de rester neutre afin de ne pas influencer la personne interviewée.

4.3.3 Cadre contractuel

Le cadre contractuel précède le début de l'entretien, il sert à effectuer les présentations et définir les rôles de chacun lors de celui-ci. Avant de débiter l'entretien, je me suis présentée à l'interviewé et lui ai réexpliqué le sujet de mon mémoire, ainsi que le déroulement de notre entrevue. Pour cela, je l'ai informé de la durée approximative de l'entretien en lui précisant que celui-ci allait être enregistré par un dictaphone dans l'unique but de recueillir ses propos et de pouvoir les analyser par la suite, anonymement.

Lors de ce temps d'échange, j'ai également indiqué aux interviewés que mon rôle est principalement de les écouter et les guider lors de l'échange, grâce à mon guide d'entretien. Ces indications sont importantes car, selon Hervé Fenneteau, la situation de l'entretien n'est pas naturelle car « l'interviewé est habitué à parler à des personnes qui lui répondent en mettant en avant leur propre point de vue ou en le questionnant. » (41) Je leur ai donc précisé qu'ils pouvaient s'exprimer aussi librement et spontanément que possible.

4.4 Guide d'entretien et entretien test

Le guide d'entretien (Annexe I) structure l'entretien en recensant les thèmes qui vont être évoqués, il sert de fil conducteur. Ces thèmes vont permettre de répondre positivement ou négativement aux hypothèses émises a priori. Les questions du guide d'entretien sont ouvertes et larges afin que l'interviewé ne soit pas restreint dans ses réponses.

Les questions des premiers guides étaient trop orientées vers mes hypothèses, c'est pourquoi je les ai modifiées de nombreuses fois afin de sélectionner les plus pertinentes. Pour pouvoir répondre à mes hypothèses, le guide d'entretien aborde différents thèmes :

- **Le parcours professionnel, le lieu de travail et la patientèle** : cela permet au MK de se présenter et d'introduire son mode de travail ainsi que les pathologies qu'il peut rencontrer.
- **L'expérience pédiatrique et les formations du praticien** : ce thème s'intéresse au parcours pédiatrique du professionnel, et l'importance ou non de ses expériences et/ou formations dans sa pratique.
- **Les moyens utilisés pour prendre en charge un enfant et sa famille** : cette partie a pour objectif de mettre en lumière les particularités de la prise en charge pédiatrique, ainsi que les interactions avec les parents.
- **Les stratégies d'adaptation face aux difficultés en pédiatrie** : ce thème permet au MK de s'exprimer sur les obstacles qu'il peut rencontrer lors de ses prises en charge, et des moyens dont il dispose pour les contourner.

Après avoir été validé par ma directrice de mémoire, le guide d'entretien a été testé lors d'un entretien test afin de lui apporter les dernières modifications nécessaires. Cet entretien a été réalisé avec un MK libéral pédiatrique que je connaissais afin que ça soit plus facile pour moi de m'exprimer, et plus facile pour lui de me corriger ou d'apporter des ajustements à mes questions.

4.5 Méthodologie d'analyse

A la suite de chaque entretien, une retranscription a été faite à l'écrit avant de pouvoir passer à l'analyse. Il s'agit, dans le cadre de ce travail, d'une retranscription sociologique, qui consiste à retranscrire exactement le langage de l'interviewé, sans modification ni remplacement, en prenant en compte les expressions non verbales également (les rires, les silences, les hésitations...). Les six entretiens sont numérotés de A à F afin de faciliter leur analyse :

- Entretien A : Stéphanie
- Entretien B : Olivier
- Entretien C : Pauline
- Entretien D : Philippe
- Entretien E : Sylvie
- Entretien F : Juliette

Une fois retranscrit, chaque entretien a été analysé lors d'une analyse dite horizontale permettant de classer dans un tableau les thèmes principaux de l'entretien et les citations correspondantes. Les thèmes suivent un code couleur et sont quant à eux numérotés de 1 à 7 :

- Thème 1 : Lieux de travail
- Thème 2 : Patientèle
- Thème 3 : Formations
- Thème 4 : Expérience pédiatrique
- Thème 5 : Prise en charge enfants
- Thème 6 : Prise en charge parents
- Thème 7 : Difficultés, stratégies

Enfin, une analyse dite transversale a été réalisée afin de croiser les données des différents entretiens dans un seul et même tableau. Cela permet d'en dégager les idées similaires et divergentes sur chaque thème et d'organiser le plan de l'analyse finale. Les numérotations effectuées au préalable facilitent ainsi la clarté du tableau.

| Thème | Citations |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| Lieux de travail | A1 : « ... » ... F1 : « ... » |
| Patientèle | A2 : « ... » ... F2 : « ... » |
| Formations | A3 : « ... » ... F3 : « ... » |
| Expérience pédiatrique | A4 : « ... » ... F4 : « ... » |
| PEC enfants | A5 : « ... » ... F5 : « ... » |
| PEC parents | A6 : « ... » ... F6 : « ... » |
| Difficultés, stratégies | A7 : « ... » ... F7 : « ... » |

Tableau 3 – Tableau croisé des résultats, analyse transversale

4.6 Limites de la méthodologie

La méthodologie employée contient certains biais. En effet, six entretiens ne sont pas suffisants pour pouvoir généraliser les résultats à une population générale. De plus, ceux-ci ont été réalisés uniquement dans le Finistère, ce qui ne représente pas non plus les pratiques des MK français en général. La répartition des MK sélectionnés comprend autant de professionnels salariés que libéraux, alors que le ratio s'approche plus de 20/80 en France (43). Cependant, on peut imaginer qu'une grande partie des MK pédiatriques exercent dans des centres de réadaptation pédiatriques ou en service pédiatrique à l'hôpital, bien qu'il n'existe pas de chiffres sur ce sujet pour le moment.

Tous les entretiens n'ont pas été réalisés dans les mêmes conditions puisque trois d'entre eux ont été effectués par téléphone et non en face à face, ce qui néglige le côté non verbal de l'entretien et le contact visuel avec l'interviewer. De plus, les trois autres entretiens se sont déroulés sur les lieux de travail des professionnels, qui certes permet de les mettre en confiance, mais peut également les influencer, contrairement à un lieu neutre.

5 Recueil des données

Les résultats de l'analyse transversale sont retranscrits dans un schéma mettant en lumière les principales idées ressortant des entretiens. Celles-ci seront analysées par la suite de manière plus approfondie.

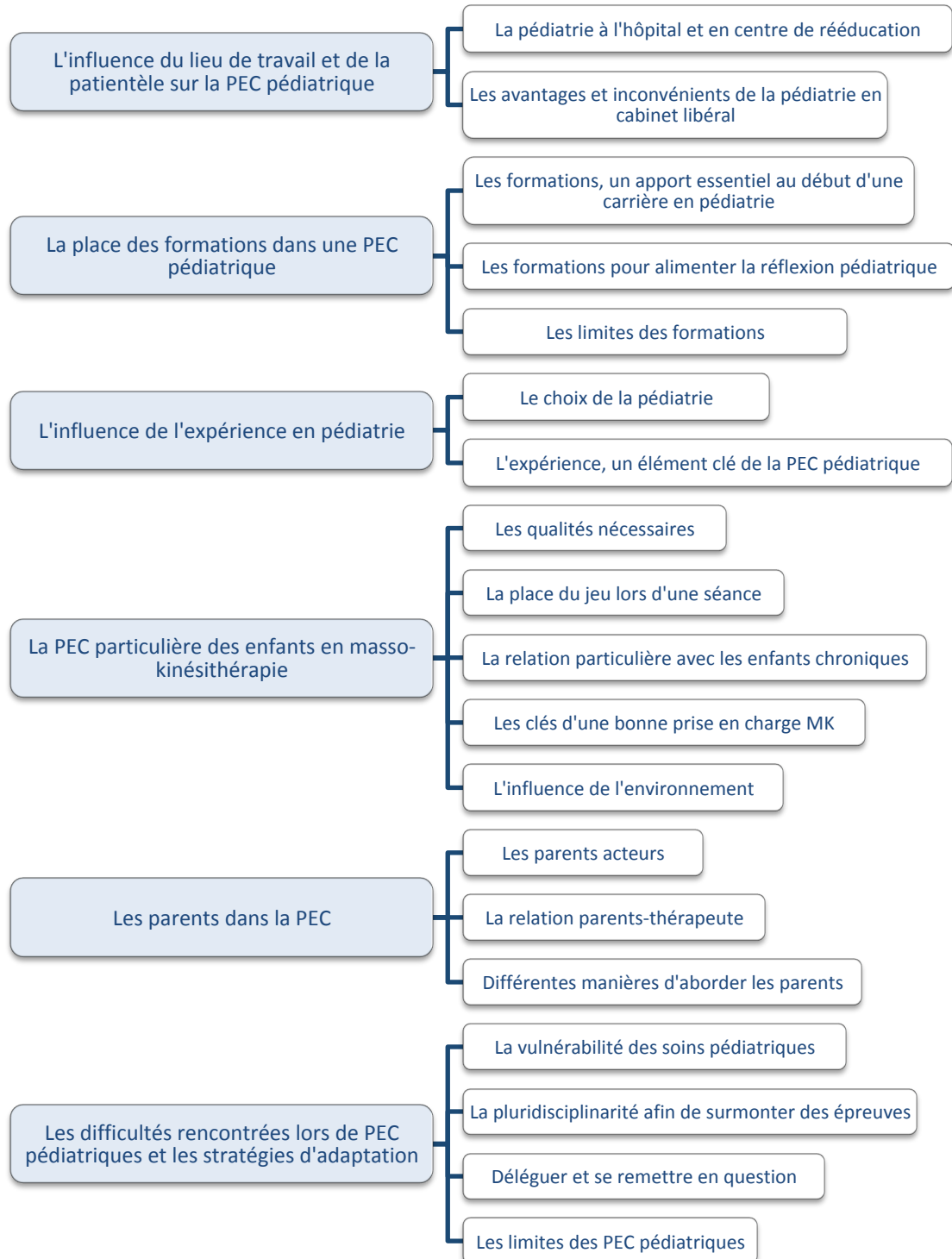


Figure 5 – Schéma synthétique des grands thèmes de l'analyse transversale

6 Analyse des résultats

6.1 L'influence du lieu de travail et de la patientèle sur la prise en charge pédiatrique

Lors des entretiens, les MK ont été interrogés sur leur établissement de travail ainsi que sur leur patientèle afin d'identifier le profil de chacun.

6.1.1 La pédiatrie à l'hôpital et en centre de rééducation

Dans les services spécialisés en pédiatrie, les MK rencontrent un grand nombre de pathologies pédiatriques. Philippe et Juliette travaillent tous les deux dans un centre de rééducation en service de pédiatrie. *« On couvre toutes les pathologies pédiatriques de 0 à 18ans », « on fait de la neuro, de la respi, de la traumato, de la rhumato, on fait un peu tous les champs de la kiné quoi. Enormément de pathologies, des pathologies très rares, qu'on voit très peu, heureusement. » (Philippe, salarié en CDR)*

Sylvie quant à elle travaille dans un centre hospitalier dans un service pédiatrique depuis plus de trente ans. Sa patientèle, *« c'est du nouveau-né, qu'il soit préma ou à terme, jusqu'aux ados, jeunes adultes des fois qui ont 18-20 ans, toutes pathologies confondues, ça peut être du respiratoire, beaucoup de pathologies neuro, neuro centrale, tous les neuromusculaires aussi en pédiatrie... des petites malpositions orthopédiques, etc. C'est très varié » (Sylvie, salariée en CH)*

Il semble donc que les pathologies rencontrées dans le salariat soient très variées et rares pour certaines d'entre elles. C'est en conséquence une source de professionnalisation importante pour les MK voulant travailler en pédiatrie. Cependant, cela confronte le thérapeute à des situations pouvant être émotionnellement difficiles, qui seront abordées plus tard.

6.1.2 Les avantages et inconvénients de la pédiatrie en cabinet libéral

Parmi les trois MK libéraux interrogés, deux d'entre eux ont une patientèle mixte. *« J'avais une spécialité neurologique depuis tout mon parcours hospitalier, et je suis en*

train de diminuer petit à petit cette spécialité. [...] Je suis encore très « adultes » pour l'instant, par contre j'avais déjà commencé à augmenter mon rapport pédiatrique ». (Stéphanie, titulaire en libéral). Le fait que seule une petite partie de leur patientèle soit des enfants restreint les champs de la pédiatrie rencontrés. En effet, « *y'a des petites choses qu'on peut faire au cabinet libéral : les plagiocéphalies, les retards de développement moteur »* (Pauline, assistante en libéral). Juliette, travaillant anciennement en libéral, confirme cela : « *les prises en charge en libéral et en centre sont complètement différentes, en libéral c'était plus des torticolis, plagio, kiné respi, retard de développement moteur »* (Juliette, salariée en CDR).

En parallèle, le troisième MK libéral a quant à lui une activité exclusivement pédiatrique dans son cabinet. « *L'âge c'est 0-16 ans, et après ça va être toutes les pathologies »* (Olivier, titulaire en libéral). Cette exclusivité ouvre grandement les champs pédiatriques rencontrés par les MK libéraux, s'approchant des prises en charge pouvant être réalisées en centre de rééducation.

D'autre part, la prise en charge d'enfants en libéral permet aux MK d'élargir leurs activités. « *[Je travaille] dans le cabinet libéral, et je fais des interventions dans des crèches [...] et avec des relais assistantes maternelles. »* (Olivier, titulaire en libéral). Pour Olivier, sa pratique libérale lui permet de changer d'environnement de travail pour collaborer avec d'autres acteurs de la petite enfance. « *C'est un cabinet libéral de groupe, on a une sage-femme [...] la rééducation périnéale classique, on propose aux gens soit de le faire ici avec une sage-femme, soit de le faire avec d'autres kinés qui sont sur (la commune), [...] et moi je propose plus en lien avec après l'accouchement, le post-partum »* (Stéphanie, titulaire en libéral). « *Je prends un peu de tout globalement [...] les femmes en post-partum, je fais pas mal de cancérologie aussi »* (Pauline, assistante en libéral). Stéphanie et Pauline quant à elles utilisent leur statut libéral pour varier leurs pratiques professionnelles. Cela semble plus difficilement réalisable dans le salariat.

Sylvie trouve cependant une certaine limite à travailler en libéral. « *La difficulté en libéral, quand tu te retrouves tout seul confronté aux parents qui sont difficiles, c'est compliqué, je pense que c'est compliqué. »* « *Pour les enfants chroniques, qui vont être*

en soins palliatifs et des choses comme ça, donc qui ont des prises en charge compliquées pour les libéraux » (Sylvie, salariée en CH). Cela fait écho aux préconisations de la HAS soulignant que « les soins palliatifs pédiatriques supposent un véritable travail d'équipe avec des échanges réguliers. » (44) Ce travail d'équipe est peut-être restreint pour les MK pédiatriques libéraux n'ayant pas d'équipe pluridisciplinaire à leur côté.

Le statut des MK influe donc sur les patients qu'ils prennent en charge car les pathologies divergent le plus souvent entre le salariat et l'exercice libéral. Ainsi, les carrières des professionnels peuvent être différentes au sein de cette même spécialité, ce qui leur permet de s'enrichir professionnellement s'ils le souhaitent.

6.2 La place des formations en masso-kinésithérapie pédiatrique

Interroger les MK sur leur parcours de formation a pour but d'identifier leurs bénéfices ou non sur la pratique professionnelle des thérapeutes, et d'en dégager les obstacles pouvant être rencontrés.

6.2.1 Les formations, un apport essentiel au début d'une carrière en pédiatrie

« Moi je suis sortie de l'école y'a 3 ans [...], par rapport au cursus que j'ai eu à l'école en pédiatrie c'est pas du tout suffisant pour prendre en charge tes patients. Donc c'est intégralement les formations qui m'aident pour prendre en charge ces patients » (Pauline, assistante en libéral). Pour Pauline, ayant seulement un an d'expérience avec les enfants, ce sont exclusivement ces formations qui l'aident lors de ces prises en charge. Cela nous emmène à réfléchir à la place de la pédiatrie lors de la formation initiale.

« Moi j'ai beaucoup travaillé au niveau adulte, et j'ai envie d'avoir des techniques spécifiques au niveau enfant. Et donc c'est un apport à chaque fois » (Stéphanie, titulaire en libéral). Stéphanie s'est beaucoup formée lorsqu'elle travaillait en salariat avec des adultes mais, comme Pauline, a ressenti le besoin de se former spécifiquement lorsqu'elle a décidé de prendre en charge des enfants.

Selon le référentiel relatif au diplôme d'Etat de MK, la pédiatrie est enseignée dans trois unités d'enseignement (UE) lors de la formation initiale (UE5, UE18, UE23). Ces enseignements ont surtout lieu lors du second cycle, où les étudiants abordent le développement psychomoteur de l'enfant, les grandes pathologies ainsi que les grands champs de la pédiatrie (pneumopédiatrie, neuropédiatrie, orthopédiatrie). (45) Il semblerait donc que malgré l'instruction prodiguée aux étudiants, celle-ci ne soit pas suffisante pour les jeunes diplômés. Il paraît donc peu envisageable pour un MKDE de débiter une carrière pédiatrique en s'appuyant essentiellement sur sa formation initiale.

6.2.2 Les formations pour alimenter la réflexion pédiatrique

Pour les kinés ayant plus d'expérience, les formations continues en pédiatrie permettent d'alimenter leurs ressources tout au long de leur carrière. *« Ça m'a aidé un peu dans ma réflexion » (Olivier, titulaire en libéral). « Les formations m'aident pour tout ce qui est techniques, conseils aux parents... » « Les formations vont pas aider à être à l'aise. Après ça conforte dans la prise en charge technique, les soins techniques, même vis-à-vis des parents, pour répondre aux questions, pour avoir des bases plus approfondies on va dire grâce aux formations. » (Juliette, salariée en CDR).* Pour certains, ces apprentissages améliorent leur technicité, et ainsi les rendent plus experts dans quelques domaines. *« Moi je pense au drainage autogène, à l'époque où on en parlait pas encore beaucoup, ben c'est des choses qu'on a mises en place tout de suite, qui ont été efficaces et voilà... » (Sylvie, salariée en CH).* Pour d'autres, les formations permettent un nouveau regard sur leur pratique et induisent la mise en place de nouvelles techniques plus performantes.

« Moi j'ai fait du salariat depuis longtemps donc avant on avait des formations pratiquement tous les ans. Donc moi j'en ai fait énormément » « Je rencontrais des kinés de toute la France, donc qui venaient d'autres équipes, qui avaient d'autres façons de faire, donc on pouvait échanger, partager, parce qu'on se rend compte qu'il y a des manières de faire différentes suivant les régions, selon les médecins. On repartait très souvent boostés de ces formations là » (Philippe, salarié en CDR). Le salariat permet aussi aux MK de se former régulièrement, et ainsi de confronter leurs pratiques à

celles d'autres professionnels. Cela est donc une source de motivation supplémentaire lors d'une carrière.

Les formations semblent donc indispensables à la réflexion, à l'apprentissage et à la remise en question des MK. De plus, selon l'article R. 4321-62 du Code de la Santé publique, « le masseur-kinésithérapeute doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il prend toutes dispositions nécessaires pour satisfaire à ses obligations de formation continue. Il ne peut se soustraire à l'évaluation de ses pratiques professionnelles prévue à l'article L. 4382-1. » (46) C'est donc un devoir pour chaque professionnel d'actualiser ses connaissances dans les domaines qui le concernent, d'autant plus en pédiatrie où la HAS précise qu'une « prise en charge de qualité des enfants et adolescents nécessite une formation initiale et continue de l'ensemble des professionnels travaillant au contact des enfants. » (44)

6.2.3 Les limites des formations

Certains MK interrogés trouvent cependant certaines limites aux formations qu'ils ont pu effectuer. « *Tu te formes, tu vois quelqu'un qui est très compétent, qui te donne des infos, et toi après tu vas remettre ça en place, ou pas, parce que tu te rends compte que oui il le dit mais c'est carrément pas faisable, parce que lui il travaille à l'hôpital. Je prends comme exemple la formation sur les pieds et la rééducation des pieds ; le strap pour le pied bot c'est 6 à 12 bandes [...] c'est très bien, mais je fais pas du tout la même chose parce que c'est pas du tout adapté à de la prise en charge libérale* » (Olivier, titulaire en libéral). Les apprentissages reçus par les MK lors de ces échanges ne sont pas toujours applicables à leur pratique quotidienne, c'est donc un point qu'il faut prendre en considération avant de se former.

« *La dernière formation, elle m'a discréditée ce que j'avais appris deux ans avant* » (Stéphanie, titulaire en libéral). De plus, les formations sont parfois en discordance les unes avec les autres, ce qui oblige les professionnels à faire un tri parmi les savoirs qui leur sont inculqués.

Pour Philippe, travaillant dans le salariat depuis 20 ans, les limites sont avant tout budgétaires. « *C'est un gros gros manque maintenant. [...] tous les budgets de formations ont été réduits* » « *Pour avoir connu avant comment ça se passait, et maintenant, c'est un gros manque au niveau personnel, professionnel...* » (Philippe, salarié en CDR). Il déplore surtout les nouvelles conditions de formations réalisées sur son lieu de travail, qui ne sont plus spécifiques à la pédiatrie donc pas toujours applicables aux enfants et à sa pratique quotidienne.

Les formations pédiatriques paraissent en conséquent indispensables après la formation initiale, et tout au long d'une carrière en pédiatrie afin d'améliorer sa pratique et ses techniques. Néanmoins, certains MK prennent du recul face aux barrières pouvant être rencontrées.

6.3 L'influence de l'expérience en pédiatrie

Les MK interrogés ont volontairement des expériences hétérogènes en pédiatrie, afin de pouvoir étudier l'influence que celles-ci peuvent avoir sur leurs pratiques.

6.3.1 Le choix de la pédiatrie dans sa carrière

Tout d'abord, on remarque que les MK ont chacun des motivations différentes quant à leur choix de carrière pédiatrique. Pour Stéphanie et Pauline, c'est tout d'abord une observation faite sur leur lieu de travail. « *Dans le cadre des kinés respiratoires, on a pu observer certaines plagiocéphalies. Du coup on a essayé de mettre en place certains soins* » (Stéphanie, titulaire en libéral). « *Je me suis intéressée à la pédiatrie y'a un an. Parce que j'avais en charge une maman en soin [...] elle avait un de ses jumeaux qui avait un pied bot varus équin, et donc elle m'expliquait la galère que c'était pour elle de devoir se rendre au cabinet de Brest pour faire tous les jours des sortes de petites plaquettes. [...] Du coup je me suis dit que ça serait intéressant de faire un peu plus de pédiatrie. [...] On s'est plus intéressées au développement moteur et plagiocéphalies, pour commencer quoi.* » (Pauline, assistante en libéral). C'est donc suite à un manque de prises en charge sur le terrain que ces deux thérapeutes ont décidé de s'orienter vers la pédiatrie.

Cela met en évidence la difficulté pour certains parents de trouver un thérapeute spécialisé proche de chez eux, d'autant plus lorsqu'ils habitent loin d'une grande ville. Le peu de MK exerçant en pédiatrie engendre un investissement important des parents pour se déplacer notamment. La question se pose alors de la relation à établir avec les parents dès ce moment de la prise en charge, et de ce que les MK non spécialisés pourraient mettre en place pour faciliter ce quotidien.

Pour d'autres professionnels, ce choix de carrière s'est fait naturellement par leur attirance innée vers ce domaine. *« J'ai un très bon contact avec les enfants [...] j'ai jamais aimé travailler avec des sportifs [...], les personnes âgées j'en avais un peu marre, et puis voilà, j'étais très à l'aise, et ce contact avec les enfants, j'ai gardé 15 ans dans ma tête en plus, donc comme ça c'est parfait. (rires) » (Olivier, titulaire en libéral).* *« Moi je trouve que c'est beaucoup plus intéressant les enfants. Parce que les adultes ben... jamais contents... un peu pénibles. Voilà, ça c'est mon point de vue. » (Sylvie, salariée en CH).*

Enfin, ce sont parfois les stages réalisés lors de leurs études ou d'anciennes expériences professionnelles qui ont nourri l'appétence de certains d'entre eux. *« J'ai fait un stage lors de mes études dans une espèce d'halte garderie pour les enfants handicapés, et ça m'a beaucoup plu. Après je suis venu à [centre pédiatrique] en stage [...], y'avait une grosse culture sur la pédiatrie au centre. » « C'était quelque chose de très intéressant, et spécifique quoi, une rééducation spécifique, des opérations spécifiques, des protocoles... Et donc ça m'a beaucoup intéressé. » (Philippe, salarié en CDR).* *« J'avais une copine qui faisait de la pédiatrie, je l'ai remplacée du coup ça m'a bien plu, donc j'ai commencé y'a 5 ans en libéral. » (Juliette, salariée en CDR).* L'attrait pour la pédiatrie est donc parfois alimenté par une expérience vécue dans ce domaine, ce qui montre l'importance des stages lors de la formation initiale, pouvant susciter l'envie de certains étudiants.

6.3.2 L'expérience, un élément clé de la prise en charge pédiatrique

Bien que tous les MK interrogés aient des parcours différents en pédiatrie, les bénéfices de leurs expériences en pédiatrie sont beaucoup ressortis lors des entretiens.

« Après avec de l'expérience y'a plus du tout de stress quoi, et ça l'enfant il le ressent. » « T'arrives à adapter ton discours, à adapter tes mots, à adapter ta façon de jouer, et après, tous tes exercices tu vas aussi les adapter. » (Olivier, titulaire en libéral). « Pour le contact, ça vient je pense en vieillissant et puis en travaillant. Plus on travaille avec les enfants, plus on est à l'aise avec eux » (Juliette, salariée en CDR). L'expérience de ces thérapeutes intervient quotidiennement dans leurs prises en charge, elle leur permet d'être plus compétent dans leur domaine. Cela est en adéquation avec la littérature qui souligne qu'améliorer ses compétences renforce la confiance en soi (39) et permet donc au thérapeute d'être plus à l'aise dans les situations qu'il maîtrise.

« Je prends souvent l'exemple, vous êtes un menuisier, vous faites une pièce, quand vous sortez de votre formation ben la pièce vous savez la faire, mais si vous la faites 10 ans plus tard, la pièce sera peut-être un petit peu mieux quand même, avec l'expérience. » « Plus on fait, plus on sait faire, plus on apprend aussi, évidemment. » « Et quand on l'a fait plusieurs fois, ben voilà les mains elles savent où aller, elles savent comment faire, mais ça ça s'improvise pas hein. C'est l'expérience qui fait ça, c'est tout. » (Philippe, salarié en CDR). La répétition de gestes et de techniques alimente le savoir-faire du MK, lui permettant d'être plus compétent dans sa pratique.

L'expérience offre aussi « une légitimité parfois, par rapport à certains publics, certains médecins, des choses comme ça, ça ça peut aider. Après, ça renforce aussi, quand on est pas trop sûr de soi » (Sylvie, salariée en CH). Sylvie voit les effets positifs de son expérience sur sa confiance en elle et sur les relations qu'elle entretient avec d'autres professionnels. De plus, elle lui permet de prendre un certain recul sur les situations qu'elle peut vivre : « Quand on a un peu d'expérience, il y a des choses aussi qui nous passent un peu au dessus » (Sylvie, salariée en CH).

6.4 La prise en charge particulière des enfants en masso-kinésithérapie

Comme affirmé précédemment, l'enfant n'est pas un adulte en miniature, il nécessite d'être pris en charge comme une personne à part entière. En conséquent, la rééducation pédiatrique a des particularités, abordées dans cette partie.

6.4.1 Les qualités nécessaires

Selon les professionnels interrogés, exercer en tant que masseur-kinésithérapeute auprès d'enfants demande certaines aptitudes. « *Il faut être bienveillant, [...] calme, [...] ferme quand même, parce que faut pas non plus se laisser avoir. Il faut avoir un peu d'autorité quand même, [...] un peu d'imagination, [...] il faut pouvoir avoir du renouvellement dans tes jeux, exercices.* » « *Tu t'adaptes quoi.* » (Olivier, titulaire en libéral). Pour Juliette, il faut également « *de la patience... Il faut jouer avec eux, se creuser la tête, il faut rigoler pour qu'ils adhèrent vraiment et qu'ils se lassent pas.* » (Juliette, salariée en CDR). Ces deux MK s'accordent pour dire que l'imagination et la réflexion sont les maîtres-mots d'une rééducation pédiatrique. Il semble donc important pour les professionnels de ce domaine d'avoir des aptitudes dans ces compétences-ci.

« *Tout se passe par le relationnel dans les enfants, en fait tu peux pas imposer un mouvement à un enfant, donc à partir du moment où il commence à te connaître, il a confiance en toi il va se laisser faire.* » « *C'est surtout pour moi, connaître l'enfant, pour que je puisse m'adapter à ce qu'il aime bien.* » (Pauline, assistante en libéral). Pour Pauline, la particularité des soins pédiatriques se trouve dans son adaptation à chaque enfant, en créant une relation de confiance en amont afin d'apprendre à mieux le connaître, et ainsi avoir une prise en charge adaptée à ses besoins.

6.4.2 La place du jeu lors d'une séance

La rééducation pédiatrique a pour autre particularité l'utilisation de nouvelles pratiques par les MK. « *Il y a toujours une part de ludique dans des séances avec des enfants. [...] Il faut arriver à composer, pour qu'ils travaillent un minimum et puis qu'ils s'amusent aussi* » « *Il faut qu'ils soient contents de venir en séance. [...] D'abord on travaille et après on joue. Y'a toujours une part de la séance qui est réservée à jouer* » (Philippe, salarié en CDR).

Olivier met également l'accent sur le bénéfice du ludisme pour les parents. « *Pour le petit il faut que ça soit un plaisir, il faut aussi que ça soit un plaisir pour les parents.* » (Olivier, titulaire en libéral).

Le rôle du jeu dans l'apprentissage de l'enfant est connu depuis de nombreuses années maintenant. H. Wallon écrivait qu'il est « l'activité principale de l'enfant, indispensable à son développement psychologique, sensoriel, cognitif et affectif. » (3) Il paraît donc indispensable d'y avoir recours lors d'une rééducation pédiatrique.

L'utilisation du jeu lors d'une séance semble donc permettre aux MK d'atteindre leurs objectifs, selon les besoins de chaque enfant comme le précise Pauline. « *T'as des enfants qui vont être plus attirés par des objets, d'autres par les couleurs, d'autres par les sons... et de fil en aiguille tu sauras à quel enfant il faudra rajouter une chanson pour réussir à mettre en place l'exercice, quel enfant il faut plus faire tourner des choses, quel enfant il faut vraiment le mettre dans une pièce sans bruit...* » (Pauline, assistante en libéral).

La médecin Julie Pelicand étudie l'utilisation du jeu dans les programmes d'éducation qu'elle organise auprès de ses patients. Ses programmes sont mis en place « après connaissance des caractéristiques des enfants : âge, connaissances initiales, motivation à apprendre, besoins, préférences de jeux, d'activités ludiques, etc. Les supports éducatifs sont principalement des jeux créés et choisis en vue d'atteindre les objectifs visés. » (47) Le jeu a donc toute sa place dans la prise en charge rééducative des enfants en kinésithérapie, afin de répondre à leurs besoins spécifiques. Cela passe par l'adaptation des exercices selon les capacités et les motivations de chaque patient.

6.4.3 La relation particulière avec les enfants chroniques

Les maladies chroniques sont définies chez l'enfant comme « des perturbations durables (au moins 6 mois) de l'état de santé, nécessitant une prise en charge prenant en compte la complexité et la sévérité de la pathologie, l'âge de l'enfant et son environnement familial. » (48) Les maladies chroniques incluent à la fois les affections fréquentes, moins fréquentes ainsi que les maladies complexes et rares, ce qui rend difficile leur recensement.

Ces maladies sont donc fréquemment rencontrées par les MK pédiatriques, qui racontent ainsi beaucoup de situations qu'ils ont vécues dans ce cadre là. « *Quand on a*

des enfants chroniques, où y'a quand même une relation qui s'est tissée, ben forcément que ça influence, on est peut-être plus à l'écoute » (Sylvie, salariée en CH). « Quand on connaît l'enfant on connaît son caractère, et on sait comment arriver à lui faire faire un exercice, sans perdre trop de temps » « Les enfants que je suis depuis longtemps, je connais leur caractère donc je sais qu'avec certains il faut pas être trop frontal, ou avec d'autres qui ont du mal à se concentrer, je sais qu'il faut que je fractionne beaucoup les exercices. » « C'est sûr que c'est nettement plus facile, et on est plus efficaces aussi. » (Juliette, salariée en CDR). Il semble donc que la prise en charge d'enfants chroniques facilite parfois les séances car la relation installée permet au thérapeute de mieux s'adapter à son patient.

Cette relation est d'autant plus particulière lorsque le soignant prend en soin un enfant sur une longue durée, ce qui est souvent le cas dans le cadre des pathologies chroniques. *« Là j'ai eu l'expérience parce que je viens d'avoir un arrêt pour raison de santé assez long. Et en fait hier j'ai retrouvé une petite qui a 6 ans, que je suis depuis ses 4 ans et demi, et elle est revenue vers moi sans problème, aucune barrière. » « Je pense qu'effectivement quand on a pu créer un lien, une situation de confiance [...] c'est énorme ». (Stéphanie, titulaire en libéral).*

« Plus on s'occupe d'un enfant, plus on le connaît, plus on connaît sa façon d'être, sa façon de réagir. » « On connaît son caractère, donc oui ça aide. Et puis plus on se connaît, plus il s'installe aussi une relation, donc il faut arriver à rester professionnel dans cette relation là. » (Philippe, salarié en CDR). Cependant, tisser une relation forte avec un enfant oblige le MK à garder une position de thérapeute. Olivier insiste également sur ce point : « à force de le connaître on peut peut-être affiner un peu plus les exercices, [...]. Puis dès qu'il commence à avoir un peu plus de liens, ils commencent à se lâcher plus, voire à te chercher aussi des limites comme ils pourraient le faire avec les parents. » (Olivier, titulaire en libéral). On peut donc nuancer les bénéfices de ces prises en charge qui, finalement, demandent un travail supplémentaire au MK suivant l'enfant qu'il a en face de lui.

La chronicité d'une pathologie infantile nécessite alors une forte implication des professionnels, tant sur le plan relationnel par le soutien et l'accompagnement des

familles, que sur le plan professionnel par l'engagement et le temps consacrés à la prise en charge de ces enfants.

6.4.4 Les clés d'une bonne prise en charge MK

A la suite de ces entretiens, certains points ressortent comme des éléments clés d'une « bonne pratique » pédiatrique en kinésithérapie.

Stéphanie met l'accent sur l'évolution de ces prises en charge, et notamment de la posture du thérapeute. « *On est plus dans quelque chose de générique, où la moyenne des enfants fait ça, à tel âge, ou voilà. On va être dans l'observation vraiment de leur enfant, de ses progrès, de comment il peut mettre des choses en place, qu'il ne mettait pas peut-être en place.* » « *Il faut apprendre à ne pas être tout le temps « moi je sais, moi sachant.* » » (Stéphanie, titulaire en libéral). Pour elle, le thérapeute doit se mettre sur le même pied d'égalité que les parents, dans le but d'accompagner leur enfant dans les meilleures conditions possibles.

Philippe mentionne quant à lui les débuts de soins singuliers avec les enfants, qui nécessitent un certain temps pour le thérapeute afin de mettre en confiance ces jeunes patients. « *C'est sûr on y va tout doucement au départ, on leur saute pas dessus en voyant que la pathologie. Faut y aller tout doux avec les enfants, faut les apprivoiser, et qu'ils nous apprivoisent aussi.* » « *Un enfant y'a toute une période d'observation avant de mettre les choses en place.* » Des études appuient également ce point de vue lors des consultations pédiatriques. Il serait en effet plus efficace de débiter une séance en explorant les émotions de l'enfant car celles-ci lui sont prioritaires (7). Cela passe donc par l'observation et la discussion en début de rééducation. Il évoque également ce qui pour lui est essentiel lors de ses prises en charges, qui diffèrent grandement de celles avec les adultes : « *Ne pas se mettre la barre trop haut, pas avoir des objectifs trop importants. C'est des enfants donc on peut pas leur demander la même chose qu'à des adultes.* » (Philippe, salarié en CDR).

Pauline souligne aussi l'importance de la communication non verbale lors de ses séances. « *C'est super important d'établir un relationnel encore plus important dans la*

prise en charge pédiatrique [...] et ça se passe par les regards, par les gestes, par les sourires... » (Pauline, assistante en libéral). Cette approche semble adéquate car « parmi les multiples modes d'expression non-verbale du nouveau-né, le regard et le toucher constituent les moyens de communication privilégiés pour le soignant. » (27) Le regard est souvent le point de départ de la rencontre entre le thérapeute et l'enfant tandis que le toucher est le sens le plus actif chez le nouveau-né, ce qui doit encourager le soignant à ne pas le négliger.

Enfin, l'anamnèse semble être un élément crucial lors d'une prise en charge rééducative pédiatrique. « *En pédiatrie il faut tout connaître l'histoire de l'enfant, l'histoire de la grossesse, l'histoire de sa naissance, de son environnement... le premier bilan est essentiel* » (Pauline, assistante en libéral). Sylvie est en accord avec Pauline et utilise son bilan pour orienter les objectifs de ses prises en charge. « *Il faut connaître ton dossier. Tu ne vas pas faire une kiné respiratoire chez un enfant qui est sain, qui n'a jamais eu de problème, et puis le petit cardiaque qui arrive avec le même virus que le copain et qui n'a pas les mêmes antécédents.* » (Sylvie, salariée en CH).

Finalement, la posture du MK lors des soins (particulièrement durant la première rencontre avec l'enfant), l'importance de la communication non verbale et le bilan de début de prise en charge sont des éléments primordiaux dans la pratique des professionnels interrogés.

6.4.5 L'influence de l'environnement

Enfin, accueillir de jeunes patients dans des services spécialisés ou en cabinet libéral bouscule leurs habitudes et repères. Il paraît donc important d'adapter ce nouvel environnement afin qu'ils se sentent plus en confiance. « *Pour faire de la pédiatrie, il te faut du matériel adapté. Je conçois pas qu'on puisse faire de la kiné pédiatrique sur une table de kiné quoi. Il faut un grand tapis, il faut pleins de jouets, tu peux pas le faire avec trois hochets et deux doudous. [...] Ici c'est très coloré. Si on peut un peu supprimer le syndrome de la blouse blanche... Je travaille pas en blouse, donc voilà tout ça, ça fait partie de la prise en charge de l'enfant* » (Olivier, titulaire en libéral).

Dans ce sens, la Fédération Hospitalière de France (FHF) propose de valoriser l'accueil des enfants à l'hôpital, cela pouvant aussi s'appliquer en centre de rééducation pédiatrique ainsi qu'en cabinet libéral. Une de leurs propositions est donc de garantir un environnement adapté aux enfants, en mettant en place des aménagements spécifiques à l'enfance et l'adolescence puisque « pendant la maladie, l'enfance continue » (49).

6.5 Les parents dans la prise en charge

Il paraît improbable de parler de prise en charge pédiatrique sans évoquer la présence des parents dans le soin. Cela a été confirmé lors des entretiens où les MK interrogés ont été unanimes sur ce sujet.

6.5.1 Les parents acteurs

Les trois professionnels exerçant en libéral mettent l'accent sur la participation des parents à la prise en charge de leur enfant. « *L'idéal c'est le parent acteur [...] je vais faire travailler l'enfant mais en parallèle je vais entre guillemets montrer aux parents, former les parents pour qu'ils puissent refaire ces gestes là, il faut que les parents s'impliquent quoi. Et ça c'est pas toujours évident à faire.* » (Olivier, titulaire en libéral). Pauline et Stéphanie, qui ont une patientèle plus restreinte en pédiatrie, le confirment également : « *Dans la plagiocéphalie, les parents ils ont un rôle essentiel dans le soin. La prise en charge du patient c'est presque montrer aux parents comment faire à la maison.* » (Pauline, assistante en libéral). « *On sait très bien que l'investissement des parents est primordial.* » (Stéphanie, titulaire en libéral).

La participation croissante des parents aux soins de leurs enfants découle tout d'abord de la Charte européenne de l'enfant hospitalisé, autorisant aux parents la présence auprès de leur enfant jour et nuit, en les encourageant à rester près d'eux sans supplément financier de leur part. (8) De plus, les durées des prises en charge étant raccourcies à l'hôpital, et les MK libéraux pédiatriques étant très demandés, il est donc devenu nécessaire aux parents de prendre part aux soins de leur enfant.

Cependant, les MK interrogés expriment aussi les effets négatifs de ce phénomène dans leur pratique : « *Par moment on peut se sentir parfois un peu désarmés, parce qu'on aura beau donner la feuille de prévention, donner des infos concrètes pendant la séance, inciter au portage du bébé... et je constatais que l'enfant arrivait quand même dans son maxi-cosi à la séance* » (Stéphanie, titulaire en libéral). Les autres MK libéraux tirent les mêmes conclusions quant au manque d'investissement des parents. « *On sent que si le parent n'a pas reproduit les exercices ou les conseils, tu le verras toujours tout de suite à la deuxième séance que ça a pas aussi bien évolué qu'un parent qui a mis tout en œuvre pour bien stimuler son enfant.* » (Pauline, assistante en libéral). « *Honnêtement, c'est vrai qu'on va peut-être être moins impliqués si les parents sont moins impliqués. Et on le voit quand les parents sont impliqués avec les enfants* » (Olivier, titulaire en libéral). Olivier exprime également son désarroi face à des parents moins actifs dans la rééducation de leur enfant.

Si ce point semble primordial en libéral, il est cependant peu ressorti lors des entretiens des salariés, cela pourrait s'expliquer par le fait que les MK libéraux ne voient pas aussi fréquemment leurs patients qu'à l'hôpital ou en centre de rééducation. Ils doivent d'autant plus s'appuyer sur l'investissement des parents en dehors des séances et les inclure dans la prise en charge.

Pour Juliette qui exerce en centre de rééducation, le parent est aussi acteur de la santé de son enfant quand il est en adéquation avec le thérapeute. « *Le lien avec les parents, quand y'a des difficultés [...], après ils en reparlent à la maison avec l'enfant et ça permet de montrer à l'enfant que les parents et les professionnels sont sur la même longueur d'onde* » (Juliette, salariée en CDR).

6.5.2 La relation parents-thérapeute

La participation des parents aux soins dépend également fortement de la relation qu'ils entretiennent avec le soignant. Tous les MK interrogés se sont mis d'accord sur ce point, et expliquent chacun l'importance de cette relation.

Stéphanie aborde tout d'abord la notion de confiance, essentielle selon elle dans ce partenariat. « *S'il n'y a pas une bonne relation de confiance avec le thérapeute, y'aura des répercussions sur ce qu'il va pouvoir proposer à son enfant en dehors des séances quoi.* » Un des éléments importants pour elle est donc « *la confiance des parents, la possibilité pour eux d'exprimer leurs limites, leurs craintes, et qu'à partir du moment où ça a été évoqué, on puisse soit les réconforter, soit les rassurer progressivement.* » (Stéphanie, titulaire en libéral). Sylvie va également dans ce sens et élargit cette notion à l'assentiment des parents : « *Il faut qu'il y ait l'adhésion de la famille, c'est clair. Un enfant c'est forcément les parents, enfin une famille autour.* » (Sylvie, salariée en CH).

Pauline et Juliette s'accordent quant à elles sur l'importance d'une bonne communication avec les parents. « *Les éléments importants c'est d'arriver à capter l'intention du parent, et de lui expliquer qu'est-ce qui est important qu'il fasse ou pas pour son enfant.* » « *Donc c'est essentiel de déjà bien faire comprendre aux parents leur rôle, y'a pas que nous qui allons travailler dans la prise en charge.* » (Pauline, assistante en libéral). « *Quand on explique bien aux parents, quand on est disponibles, le fait d'être présente, de répondre rapidement aux questions quand y'a des soucis à la maison, je pense que ça aide. [...] Quand le lien est fait avec les parents, je pense que les enfants adhèrent mieux aussi à la rééducation.* » (Juliette, salariée en CDR). Philippe utilise justement certains moyens afin de faciliter le contact : « *On a ici pour les enfants en hôpital de jour un cahier de liaison, [...] si les parents ont quelque chose à nous demander, ils nous mettent des mots dans le cahier, où on peut répondre. Ou on se téléphone, ou alors ils passent là, moi je leur dis ils peuvent venir en séance aussi.* » (Philippe, salarié en CDR).

Ces différents points de vue semblent s'accorder à la littérature qui décrit la confiance, l'honnêteté, l'attention, le soutien, l'empathie et le respect du patient comme les éléments fondamentaux pour maintenir une relation thérapeutique efficace en pédiatrie¹. (12)

¹ La citation complète dit précisément : « *Among the fundamental elements for maintaining an*

Enfin, Sylvie annonce un élément également très spécifique à la rééducation pédiatrique. *« Il faut partir du principe que, surtout chez les tout petits quand on est en néonatalogie, les parents sont les garants de la bonne prise en charge de leur enfant. Ils le connaissent, ils savent comment faire, certains sont 24h/24 avec eux donc ils vont le connaître, savoir comment ils vont réagir... Donc si le parent dit « ben là je le sens pas », il faut écouter »* (Sylvie, salariée en CH). Cela recentre donc les parents au cœur de cette prise en charge particulière, qui nécessite à la fois l'implication des soignants, mais aussi l'écoute des parents. Une étude évaluant les réactions de parents face aux symptômes de leur enfant conclut que les parents réagissent de manière appropriée à la pathologie de leur enfant car leur instinct est souvent le bon. (50) Ils ont un aperçu unique du comportement normal de leur enfant, et sont donc les premiers à reconnaître les signes de maladie ou de détresse. Il semble donc important de maintenir un partenariat solide entre les familles et le masseur-kinésithérapeute.

6.5.3 Les différentes manières d'aborder les parents

Durant leurs séances, les professionnels interrogés composent avec les parents de façon différente.

« Je fais pas toutes les séances avec les parents, ça arrive que j'ai besoin de laisser les parents dans la salle d'attente, pour que ma relation avec l'enfant soit plus facile. Sinon l'enfant il va se réfugier, on détient pas l'autorité, si je suis seul avec l'enfant c'est moi l'adulte, c'est moi l'autorité. » (Olivier, titulaire en libéral). *« J'essaye autant que possible de faire les premières séances tout seul avec l'enfant. Pour établir la relation avec l'enfant, et comme ça c'est pas faussé par les parents, parce que des fois quand les parents sont là, tout est faussé »* (Philippe, salarié en CDR). Olivier et Philippe adoptent le même comportement avec les parents, en les écartant de la salle de rééducation, quand cela est possible, afin de tisser un lien avec leur enfant.

Pauline quant à elle essaie de faire participer les parents pour l'aider dans sa prise en charge. *« Souvent je demande aux parents de me montrer des vidéos de ce que l'enfant fait à la maison, comment il se comporte... je leur demande beaucoup de me montrer ce qu'ils font pour que moi je puisse adapter après mes conseils en fait, sur ce*

qu'il faut faire. » Elle leur demande également de collaborer lorsque l'enfant est difficile ou craintif. « *A partir du moment où l'enfant commence à pleurer t'auras vraiment du mal à travailler comme tu veux. Donc dans ces cas là j'utilise souvent un poupon, [...] j'ai l'habitude de demander aux parents de faire sur eux avec leur bébé ce que moi je fais sur mon poupon, pour leur montrer les bonnes choses.* » (Pauline, assistante en libéral).

Sylvie travaille en service pédiatrique à l'hôpital et communique tout d'abord avec les parents. « *Déjà t'expliques ce que tu vas faire, si les parents adhèrent à ce qu'on leur propose ça va faciliter les choses.* » (Sylvie, salariée en CH).

La communication avec les parents semble en effet primordiale, elle facilite leur adhésion au projet de soins de leur enfant pour trois grandes raisons (17) : premièrement, ils deviennent un interlocuteur, indispensable pour être acteur ; de plus, ils peuvent ainsi comprendre ce qui se passe et donner du sens à ce qu'ils vivent ; enfin, l'échange les rassure et rend plus supportable leur séjour dans ces services.

6.6 Les difficultés rencontrées lors de prises en charge pédiatriques et les stratégies d'adaptation

Comme il a été étudié plus tôt, la prise en charge pédiatrique en masso-kinésithérapie demande aux MK de développer de nouvelles aptitudes. « *Délivrer des soins aux enfants demeure un défi technique et relationnel qui nécessite une organisation et des compétences particulières.* » (51)

6.6.1 La vulnérabilité des soins pédiatriques

« *Les soins en pédiatrie c'est quelque chose où on se met un petit peu de façon vulnérable* » (Stéphanie, titulaire en libéral). Prendre en soin de jeunes patients met le thérapeute dans une situation délicate puisqu'il devient, au même titre que les parents, le garant de leur bonne santé.

Cette prise en charge ne se fait donc pas sans difficulté, compte tenu de la particularité de cette patientèle. « *La principale difficulté que j'ai, moi en faisant de la plagiocéphalie, c'est les enfants qui commencent à pleurer. En fait à partir du moment où l'enfant commence à pleurer, t'auras vraiment du mal à travailler comme tu veux* » (Pauline, assistante en libéral). Pauline énonce essentiellement les pleurs comme limite de ses prises en charge.

« *Parfois tu peux avoir aussi un épuisement pour toi, parce que cet enfant peut être compliqué, ou la famille peut être compliquée* » « *On essaie dès le début de leur [les parents] faire comprendre que l'on va leur montrer. [...] des fois ça percute très bien, mais des fois ça percute pas du tout. Et donc du coup on se retrouve des fois à traîner les parents derrière nous, ça c'est pas le plus drôle dans la prise en charge* » (Olivier, titulaire en libéral). Pour Olivier, c'est surtout le comportement des parents dans certaines situations qui freine ses soins. En effet, le bénéfice de travailler en collaboration avec les parents devient alors un fardeau lorsque les familles ne collaborent pas.

6.6.2 La pluridisciplinarité, la clé pour surmonter les épreuves ?

Les équipes soignantes ont le devoir de coopérer afin d'assurer la continuité des soins pour chaque enfant (8), d'autant plus lorsqu'elles rencontrent des difficultés. Cette multidisciplinarité est fortement ressortie dans le discours de tous les MK interviewés.

Les professionnels salariés mettent surtout l'accent sur l'équipe qui les entoure, ce qui semble être un point positif de ce type de statut. « *Travailler en équipe c'est primordial. [...] Nous on travaille en équipe, avec plusieurs kinés, on travaille avec des ergos, avec une psychomotricienne, avec des orthophonistes... on a les médecins, infirmières, aide-soignantes, auxiliaires de puériculture, et puis après les équipes élargies avec les assistantes sociales.* » (Philippe, salarié en CDR). « *Discuter avec les autres professionnels... tous les lundis matin en fait on a des réunions où on parle des difficultés qu'on a avec un enfant en particulier* » (Juliette, salariée en CDR). En centre de rééducation, Philippe et Juliette font partie d'une grande équipe pluridisciplinaire, leur permettant de travailler les uns avec les autres. Pour Sylvie en centre hospitalier, les

conclusions sont les mêmes : « *Quand on travaille à l'hôpital, y'a tout un groupe, on est dans une équipe pluridisciplinaire. Si nous on a des problèmes, [...], y'a de grandes chances que les autres aient les mêmes problèmes. Donc c'est bien d'en parler* » (Sylvie, salariée en CH).

En libéral, les MK n'ont pas autant de proximité avec les autres soignants mais organisent tout de même un vrai réseau autour de l'enfant et de sa famille. « *Un enfant c'est une prise en charge pluridisciplinaire, donc je pense que c'est essentiel d'avoir un lien avec toutes les personnes qui s'occupent de l'enfant.* » « *J'appelle les pédiatres, on communique beaucoup sur la prise en charge de l'enfant* » (Pauline, assistante en libéral). Olivier également n'hésite pas à contacter les autres professionnels en charge de ses patients. « *On échange avec les médecins aussi quand même beaucoup, c'est nos principaux intéressés dans les échanges. On n'hésite pas à transmettre des mails* » (Olivier, titulaire en libéral).

Stéphanie quant à elle échange avec d'autres collègues prenant en charge des enfants afin d'évoquer ses difficultés. « *Le fait qu'on soit deux va me permettre d'évoquer et de pouvoir verbaliser en fait les limites que j'aurais pu sentir ou percevoir.* » « *Le dialogue avec d'autres collègues, et puis dans le réseau également. Il y aura petit à petit des réunions avec des partages de pratiques.* » « *Pouvoir évoquer ses limites, ses freins qu'on rencontre dans ces prises en charge, et comment pouvoir les évaluer quoi... les pressions négatives en fait.* » (Stéphanie, titulaire en libéral).

S'entourer d'un réseau ou d'une équipe pluridisciplinaire semble donc la clé pour aborder les difficultés rencontrées lors des prises en charge pédiatriques. La littérature le confirme également : lorsqu'une situation est difficile pour l'équipe soignante, « un temps de travail pluridisciplinaire collectif devient indispensable. » (17)

6.6.3 Déléguer et se remettre en question

Olivier profite également de son cabinet de groupe pour surmonter les obstacles qu'il rencontre. « *Nous l'avantage au cabinet comme on est plusieurs, c'est que des fois vraiment quand on voit que ça va aller au clash, on passe à un collègue.* » Il souligne

aussi le fait d'arrêter certaines prises en charge afin de pouvoir se remettre en question. « *T'hésites pas à mettre en pause des prises en charge. [...] Faire une pause pour mieux repartir, faut pas avoir peur de ça.* » « *Il faut pas hésiter à arrêter, à déléguer* » (Olivier, titulaire en libéral).

6.6.4 Les limites des prises en charges pédiatriques

Pour conclure, certaines limites propres aux soins pédiatriques en masso-kinésithérapie sont ressorties lors des entretiens. Pauline s'interroge tout d'abord sur la pratique libérale de ce domaine. « *Y'a pas encore beaucoup de médecins prescripteurs, et qui savent prescrire vraiment les intitulés que nous on a dans nos savoir-faire* » « *C'est assez nouveau dans la prise en charge en libéral en fait. Les médecins sont pas tous au courant de ce qu'on a la capacité de faire.* » « *C'est sûr que si je veux m'orienter vraiment pour la pédiatrie, ça sera encore plus intéressant d'aller dans un centre de rééducation pédiatrique, parce que là j'aurais tout ce qu'il faut comme bagages.* » (Pauline, assistante en libéral). Il ne semble donc pas toujours évident de s'installer en tant que MK libéral pédiatrique, du fait du manque de moyens mis à disposition des thérapeutes.

Philippe lui est parfois dépassé par certaines prises en charge qu'il rencontre en centre de rééducation. « *Je pensais à d'autres situations qu'on a de plus en plus compliquées, tout ce qu'on appelle les SDRC, les syndromes douloureux régionaux complexes. [...] On se rend compte qu'on sait pas trop quoi faire de ces enfants là, c'est-à-dire que le centre de réadaptation est pas le mieux adapté, le milieu psychiatrique ne l'est pas non plus. Donc c'est comme si y'avait un petit manque où on sait pas trop quoi faire dans ces cas là.* » (Philippe, salarié en CDR).

Ces deux exemples illustrent certains obstacles pouvant être rencontrés par les MK travaillant dans le domaine pédiatrique, qui semble nécessiter encore quelques ajustements.

7 Discussion

La problématique de cette étude était la suivante : quels sont les moyens mis en place par les masseurs-kinésithérapeutes pour adapter leur prise en charge en pédiatrie ? Son objectif principal était de rechercher des données et recommandations quant à la prise en charge d'enfants par les MK dans les établissements de santé. Le deuxième objectif était de confronter ces idées à la pratique réelle des MK intervenant dans le domaine de la pédiatrie à l'hôpital, en centre de rééducation ou en cabinet libéral, par le biais d'entretiens. Le dernier objectif était d'essayer de dégager des pratiques communes aux MK prenant en charge des enfants, et d'en définir des points clés.

7.1 Retour sur les hypothèses

7.1.1 Hypothèse 1 : la formation et l'expérience du MK lui permettent de s'adapter plus facilement aux situations qu'il rencontre en pédiatrie

Suite à l'analyse des entretiens, les résultats valident en partie cette hypothèse. Concernant les formations, tous les professionnels interrogés en ont réalisées un certain nombre spécifique à la pédiatrie. Dans la majorité des cas, ces apprentissages leur permettent de nourrir leur pratique et d'améliorer leurs prises en charge. Cependant, certains MK relèvent des freins à ces formations : le manque d'adéquation avec leur pratique réelle, la discordance entre certains formateurs, ou encore la réduction de certaines d'entre elles, suite à des restrictions budgétaires. Il en ressort tout de même que l'apprentissage de techniques spécifiques à la pédiatrie est nécessaire pour les novices dans ce domaine, compte tenu du programme enseigné lors de la formation initiale. La HAS préconise en ce sens la mise en place d'un dispositif de formation spécifique à la prise en charge pédiatrique pour les professionnels. (44)

L'influence de l'expérience dans la pratique est quant à elle ressortie dans le discours des MK travaillant exclusivement avec les enfants, ayant par conséquent plus d'expérience que les autres professionnels. Pour eux, l'expérience leur est bénéfique pour adapter leur prise en charge, améliorer leur pratique mais également pour se sentir plus à l'aise avec cette patientèle particulière. Dans la littérature, l'expérience va de pair

avec l'apprentissage, elle explique « comment l'adulte apprend hors des situations de formation formelle, en particulier dans la vie quotidienne ou au travail. » (52)

Les formations et expériences des MK en pédiatrie sont donc complémentaires dans leur pratique professionnelle. On en conclut que celles-ci leur permettent d'adapter plus facilement leurs prises en charge selon les situations qu'ils rencontrent.

7.1.2 Hypothèse 2 : la patientèle et le lieu de travail ont un impact sur la façon de prendre en charge un enfant.

Bien que les entretiens ne permettent pas une réelle comparaison des différents types de prises en charge, leur analyse valide tout de même partiellement cette hypothèse. En effet, certains MK interrogés évoquent le fait que les pratiques en salariat et en libéral sont très différentes. Premièrement du fait des pathologies rencontrées, qui sont souvent plus rares et plus complexes dans le salariat, nécessitant donc une prise en charge d'autant plus spécifique. Les pathologies pédiatriques étant très variées, les professionnels s'accordent sur le fait que leurs prises en charge s'adaptent selon celles-ci. Ces pratiques diffèrent également par la présence d'une équipe pluridisciplinaire très complète dans les centres de rééducation et hôpitaux, entourant fortement les MK et leur étant d'une grande aide lorsqu'ils rencontrent des difficultés. Ce point incite cependant les professionnels libéraux à communiquer avec les acteurs de santé autour de l'enfant. Enfin, ces environnements sont aussi très différents, les professionnels salariés accueillent les enfants dans un endroit médicalisé, bien que la FHF recommande d'aménager l'extérieur et l'intérieur des hôpitaux « avec des jeux ou loisirs spécifiquement adaptés à l'environnement de l'enfant et de l'adolescent. » (49) Cet effet « blouse blanche » est atténué en cabinet libéral car l'enfant se rend dans un lieu moins anxiogène pour lui, ce qui peut influencer positivement sa prise en charge.

Cependant, ces questions organisationnelles influencent peu les aspects relationnels de la prise en charge, qui s'alignent entre les différents MK. Chacun d'entre eux met en évidence les particularités de ces prises en charge, l'importance du jeu, du relationnel, de la connaissance de l'enfant... en cabinet libéral comme en centre de rééducation ou à

l'hôpital. Aucun des professionnels interrogés n'a mentionné le fait que son lieu de travail ait un impact sur sa relation avec le patient qu'il prend en charge.

Le lieu de travail du MK en pédiatrie influence donc sa patientèle, et ainsi sa prise en charge avec ses patients d'un point de vue organisationnel. Néanmoins, la relation qu'entretient le thérapeute avec l'enfant n'est pas impactée par l'endroit où se fait la prise en charge, mais par le caractère de l'enfant notamment.

7.1.3 Hypothèse 3 : la relation soignant-enfant-famille et l'attitude du thérapeute priment sur la communication verbale en pédiatrie.

La relation parents-thérapeute est largement ressortie lors des entretiens, tout comme les aptitudes nécessaires aux MK pour prendre en charge des enfants. Bien que la communication verbale n'ait pas été abordée, l'abondance d'extraits portant sur les relations entre l'enfant, les parents et le MK viennent conforter cette hypothèse. Si l'on s'intéresse aux liens avec les parents, tous les professionnels interrogés ont insisté sur le fait que la communication avec eux était primordiale, voire parfois indispensable à la prise en charge de leur enfant. En effet, les soignants s'appuient de plus en plus sur la participation des parents aux soins, d'autant plus dans la pratique libérale, et cela est également admis dans la littérature. (13) De plus, entretenir de bonnes relations avec les parents de l'enfant permet la mise en place d'un partenariat solide, nécessaire à la bonne prise en charge de ces jeunes patients ayant souvent de longues rééducations. Afin de pérenniser ces liens, les MK insistent sur les notions de confiance, de collaboration, d'adhésion aux soins... cela leur permet aussi de définir le rôle des parents dans la prise en charge de leur enfant.

La relation à l'enfant et l'attitude du thérapeute vont quant à elles de pair dans la rééducation pédiatrique. En effet, le comportement du MK envers son patient influence directement le lien qui se crée entre eux. Les professionnels interrogés mettent notamment en évidence certaines qualités importantes comme la bienveillance, l'imagination, la patience ainsi que l'adaptabilité. Une bonne prise en charge pédiatrique nécessite donc également une relation de confiance avec l'enfant. Cette relation se tisse tout d'abord par l'observation de son comportement, ses gestes, sa

motricité... Le relationnel prend ensuite place par la communication non verbale, décrite par certains MK : les regards, les gestes. Toutes ces attitudes pouvant être adoptées par un professionnel enrichissent ses rapports avec l'enfant qu'il prend en charge. Cela a également un aspect positif sur les parents qui prennent part plus facilement aux soins de leur enfant.

Finalement, l'attitude du thérapeute, sa relation à l'enfant et à sa famille sont en fait corrélées et participent à la mise en place d'une prise en charge adaptée à chaque patient. Les résultats des entretiens démontrent également qu'un partenariat solide peut se construire en ayant recours aux communications non verbales ou para verbales, prédominantes chez les jeunes enfants.

7.2 Limites, intérêts et axes d'amélioration de cette étude qualitative

Le but de cette étude étant de mettre en lumière la pratique des masseurs-kinésithérapeutes en pédiatrie, il semblait adéquat d'utiliser une méthode qualitative pour y parvenir. En effet, la recherche qualitative est souvent employée en sciences humaines et sociales, et « prend en compte la singularité et la complexité des objets de recherche [...] en développement des concepts pour comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels et en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue des participants. » (53) Cette partie met en évidence les limites et intérêts de l'utilisation de cette méthode de recherche dans ce travail, ainsi que les améliorations pouvant y être apportées.

Tout d'abord, la méthodologie employée comporte, comme je le disais précédemment, certains biais. Peu d'entretiens ont été réalisés, parfois dans des conditions différentes, dans des lieux qui n'étaient pas neutres pour les interviewés. En dehors de ces questions méthodologiques, la recherche qualitative ne comporte pas de haut niveau de preuve scientifique. Les entretiens semi-directifs réalisés sont effectivement chargés de subjectivité car les résultats s'appuient sur les croyances des personnes interrogées, et non pas sur des chiffres comme dans les méthodes quantitatives. Leur interprétation est également propre au chercheur, ce qui limite fortement leur validité. C'est pourquoi cette méthodologie a été mise en place de façon

rigoureuse, grâce à l'élaboration du guide d'entretien notamment. Le choix des thèmes et questions figurant dans ce guide a été longuement réfléchi afin d'aborder un certain nombre de sujets, sans influencer les MK dans leurs réponses et les laissant suffisamment libres dans leurs expressions. L'analyse s'est également faite de façon la plus objective possible, sans jugement de valeurs ni extrapolation des paroles des interviewés, dans le but de réduire au maximum les biais de cette méthodologie. De plus, cette étude reste très globale, du fait des thèmes abordés lors des entretiens. Ce choix a été fait car très peu de recherches ont été réalisées sur les soins pédiatriques en masso-kinésithérapie ; il était donc difficile de dégager des thèmes précis à étudier. Cependant, il aurait été intéressant de centrer ces entretiens sur une pathologie ou une tranche d'âge particulière, afin de borner les résultats sur des critères précis.

L'intérêt principal de ce type de recherche en masso-kinésithérapie est qu'il s'agit d'une étude à taille humaine, ainsi, « les données recueillies apportent des éléments riches sur l'expérience humaine et sociale. » (53) Ce travail ayant pour objectif d'interroger les MK sur leurs pratiques et comportements en pédiatrie, il était donc adapté de le faire par le biais d'une étude qualitative. Bien que les résultats soient très vastes, ils permettent de dégager de grandes tendances communes aux MK, faisant un premier état des lieux sur un petit échantillon. Il serait aussi intéressant de le réaliser à plus grande échelle afin d'extrapoler ces résultats sur une plus grande population. Au-delà de l'intérêt personnel que j'y accorde, ce travail peut également intéresser les MK voulant se spécialiser dans ce domaine au début de leur carrière ou non, ainsi que toutes les personnes s'interrogeant sur la prise en charge d'enfants en masso-kinésithérapie (professionnels médicaux, paramédicaux, famille...).

7.3 Projection professionnelle

Ayant pour projet futur de travailler au contact des enfants, le thème de cette étude a beaucoup de sens à mes yeux. Les échanges enrichissants avec les différents professionnels interrogés ont conforté cette idée et leur analyse a nourri mes projections professionnelles pour l'avenir.

7.3.1 Formations initiale et continue

Les grands champs de la pédiatrie sont enseignés dans trois unités d'enseignement lors de la formation initiale en masso-kinésithérapie. Malgré cela, Pauline, jeune diplômée, a évoqué lors de son entretien que cela n'était pas du tout suffisant selon elle, elle s'aide par conséquent exclusivement de ses formations et de ses anciens stages pour prendre en charge ses patients. Cependant, tous les étudiants n'ont pas l'occasion de réaliser de stage dans ce domaine lors de leur cursus, et il est parfois effectué durant les premières années de formations, alors que la pédiatrie n'a pas encore été abordée lors des enseignements. De plus, l'impossibilité de pratiquer certaines techniques lors des travaux pratiques (l'enfant étant très différent d'un cobaye adulte) ne permet pas aux étudiants de pouvoir s'exercer et se sentir en confiance avec ces gestes particuliers. Ce constat peut donc nous questionner sur la place des soins pédiatriques lors de la formation initiale et leur mise en pratique par les étudiants. Les MK plus expérimentés ont quant à eux effectué un grand nombre de formations pédiatriques, ce qui montre également que la pratique de ces soins nécessitent de se former plus spécifiquement. Les conclusions de cette analyse confortent d'autant plus mon envie de me former dans ce domaine dans les années à venir. Plusieurs MK ont également abordé le fait que leurs formations avaient été pour eux l'occasion d'échanger avec d'autres professionnels et de confronter leurs façons de faire. Cela paraît effectivement primordial lors de sa carrière de pouvoir communiquer sur ses pratiques avec des personnes travaillant dans le même domaine et étant confrontés aux mêmes problématiques, d'autant plus particulières en pédiatrie. Il existe de nombreuses formations continues portant sur les pathologies et techniques spécifiques aux enfants, ainsi qu'un diplôme inter-universitaire (DIU) de kinésithérapie pédiatrique. Les sources d'apprentissage sur ce domaine sont donc très variées et m'encouragent à m'y intéresser dans le futur.

7.3.2 Communiquer pour mieux soigner

Comme nous l'avons vu précédemment, le terme « communication » est revenu de nombreuses fois lors des entretiens, preuve de son importance dans la pratique des MK. Communiquer regroupe à la fois la communication verbale et non verbale, celle-ci étant essentielle selon les MK pour échanger avec les enfants. La relation triangulaire

soignant-enfant-parents demande un niveau accru de communication, du fait du nombre d'interlocuteurs plus important. Les échanges avec les professionnels m'ont permis de me rendre compte de la place considérable que prennent les parents dans la prise en charge de leur enfant, et de leur importance dans les soins. Une bonne relation avec eux serait-elle garante d'un meilleur accompagnement pour leur enfant ? Cela reste subjectif mais il semble indéniable qu'établir un partenariat de qualité est gage d'une prise en charge optimale pour l'enfant. Cependant, tous les MK n'ont pas nécessairement une aisance naturelle avec les enfants, selon leur parcours de vie ou leurs expériences antérieures. Les paroles des thérapeutes interrogés reflètent également que l'appétence pour la pédiatrie peut être de diverses origines, elle peut être innée, venir d'anciennes expériences professionnelles mais aussi d'un manque de professionnels sur le terrain. Tous ne sont donc pas à l'aise dès le début de leur carrière et cela peut nécessiter un certain temps. Des formations, réseaux, ou groupes de parole sur ce sujet pourraient être intéressants à mettre en place pour les MK appréhensifs voulant se lancer dans la pédiatrie. La communication se fait également envers les autres professionnels gravitant autour de l'enfant. Comme l'ont évoqué plusieurs MK lors des entretiens, la prise en charge d'un enfant signifie la présence d'une équipe pluridisciplinaire. Pouvoir échanger avec ces partenaires est donc nécessaire afin d'espérer pouvoir offrir une prise en charge de qualité à ces enfants et leur famille. A titre personnel, cela m'encourage à développer cette aptitude de communication lors de ma future pratique professionnelle.

7.3.3 Le rôle du MK dans l'accompagnement de l'enfant

De nombreuses études traitent de la prise en charge des pathologies pédiatriques en masso-kinésithérapie. Cependant, d'après mes recherches, aucune d'elles ne se préoccupe du fondement de ces prises en charge : la place du MK dans la rééducation pédiatrique. La plupart de ces recherches se focalise sur des pathologies ou des techniques, sans interroger les relations entre les protagonistes et le ressenti du professionnel dans ces situations. Les articles sur lesquels mon travail s'est fondé traitent en majorité des relations de soins dans les professions d'infirmier ou de médecin, le plus souvent à l'hôpital. Il est donc délicat de généraliser cela à la pratique du masseur-kinésithérapeute, qui par ailleurs exerce le plus souvent en cabinet libéral. Nous arrivons donc à la conclusion que les études sociologiques manquent en masso-

kinésithérapie, et qu'il est donc difficile de détailler la place que prend le MK dans une prise en charge pédiatrique. Cela se ressent aussi lors des entretiens, lorsque Pauline évoque les difficultés qu'elle rencontre avec certains médecins prescripteurs qui ne connaissent pas les champs de compétences des MK en pédiatrie. Il semble donc que leurs rôles dans ces prises en charge ne soient pas suffisamment mis en valeur. Il paraît alors intéressant pour les jeunes MK diplômés pédiatriques de se faire connaître sur leur lieu de travail et de mettre en évidence leurs savoir-faire. En lien avec l'actualité et le contexte de pandémie nous touchant en 2020, une équipe de chercheurs, médecins, rééducateurs et parents d'enfants en situation de handicap a développé l'enquête nationale ECHO (Enfant Confinement Handicap Besoins) afin de recenser les difficultés rencontrées par ces familles durant un confinement de plusieurs semaines, les coupant de leur prise en charge habituelle. Bien qu'encore récente, les premiers résultats de cette enquête démontrent que la préoccupation majeure des parents dans le quotidien de leur enfant durant le confinement est, à 71%, leur suivi rééducatif. Les parents ressentent également le besoin d'un soutien extérieur, apporté en tant normal par les professionnels de rééducation. Cette situation met donc en évidence le rôle primordial du rééducateur dans la prise en charge de l'enfant et de sa famille, qui se retrouve parfois désarmée face à une charge mentale importante.

8 Conclusion

Ce mémoire avait pour but de s'intéresser aux moyens mis en place par les masseurs-kinésithérapeutes pour adapter leur prise en charge en pédiatrie. Son objectif principal était de faire un état des lieux de la prise en charge des enfants en établissements de santé et d'y confronter la pratique réelle des MK sur le terrain. Pour répondre à cette problématique, des entretiens semi-directifs ont été réalisés afin de confirmer ou infirmer les hypothèses émises. Cette méthodologie a été choisie car elle s'intéresse aux comportements et points de vue des êtres humains, ce qui prévaut dans cette étude qualitative.

Les résultats des entretiens vont pour la majorité dans le sens des hypothèses émises a priori. Le lieu de travail des MK influe sur les pathologies qu'ils rencontrent au quotidien, donc sur leur prise en charge. En effet, les professionnels salariés rééduquent des enfants aux pathologies complexes et parfois rares. Les MK libéraux, quant à eux, prennent en charge un nombre plus réduit de pathologies, sauf pour certains cabinets spécialisés exclusivement en pédiatrie. Le statut libéral permet aussi à ces thérapeutes de varier leurs pratiques. Finalement, ces différents modes d'exercice sont complémentaires et les professionnels travaillent très fréquemment ensemble pour assurer la continuité des soins de l'enfant. La formation continue et les expériences des MK en pédiatrie enrichissent leur patrimoine et leur permettent de s'adapter plus facilement aux situations qu'ils rencontrent. Cependant, les enseignements pédiatriques lors de la formation initiale ne suffisent pas pour que les jeunes diplômés se sentent à l'aise avec cette spécialité à la sortie de l'institut. Enfin, les relations qu'entretiennent les MK avec leurs patients et familles sont indéniablement le point primordial de ces prises en charge. En pédiatrie, un enfant est toujours entouré d'une famille, et là se trouve la complexité de ces rééducations.

La méthodologie employée contient certaines limites et les résultats ne peuvent être généralisés à une plus grande population. Il serait donc intéressant d'élargir la recherche à un panel de professionnels plus important, ainsi que d'étudier certaines pathologies du côté de la sociologie. Mon travail s'achève malgré tout avec un grand enrichissement personnel, et l'envie de faire avancer ce domaine en masso-kinésithérapie.

9 Bibliographie

1. Unicef. Convention internationale des droits de l'enfant.
2. Freud S, Koeppel P. Trois essais sur la théorie sexuelle. Paris: Gallimard; 2014.
3. Wallon H. L'Évolution psychologique de l'enfant. Paris: Colin; 1988.
4. Piaget J. Six études de psychologie. Gonthier S.A. Genève; 1964.
5. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - pédiatrie [Internet]. <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/pediatrie/15223>
6. Mărginean CO, Meliț LE, Chinceșan M, Mureșan S, Georgescu AM, Sucișu N, et al. Communication skills in pediatrics – the relationship between pediatrician and child: Medicine (Baltimore). oct 2017;96(43):e8399.
7. van Dalen J, van den Eertwegh V. Communication in the initial paediatric consultation. Paediatr Respir Rev. déc 2013;14(4):209-12.
8. APACHE Association Pour l'Amélioration des Conditions d'Hospitalisation des Enfants. Charte européenne de l'enfant hospitalisé. 1988.
9. Manoukian A. La relation soignant-soigné. Lamarre. 2008. 223 p.
10. Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités. Rech Soins Infirm. 2007;N° 89(2):33.
11. Berthoz A, Bachoud-Lévi A-C, éditeurs. L'empathie. Paris: Jacob; 2004. 308 p.
12. Roberts J, Fenton G, Barnard M. Developing effective therapeutic relationships with children, young people and their families. Nurs Child Young People. 11 mai 2015;27(4):30-5.
13. Mougel S. Le partenariat parent-soignant en pédiatrie. Soins PédiatriePuériculture. mars 2014;35(277):14-6.
14. Larousse É. Définitions: communication - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>
15. BOITMOBILE. Communication verbale - Définitions Marketing [Internet]. <https://www.definitions-marketing.com/definition/communication-verbale/>

16. Dolto F. Tout est langage. Paris: Vertiges du nord : Carrère, [distributor]; 1987. 131 p.
17. Huot-Marchand M. Les relations parents-enfant- professionnels à l'hôpital. 2009;5.
18. BOITMOBILE. Communication non verbale - Définitions Marketing [Internet]. <https://www.definitions-marketing.com/definition/communication-non-verbale/>
19. Mehrabian A, Ferris SR. INFERENCE OF ATTITUDES FROM NONVERBAL COMMUNICATION IN TWO CHANNELS x. 1967;5.
20. Hall ET, Petita A, Choay F. La dimension cachée. Paris: Éd. du Seuil; 1978. 254 p. (Collection Points Essais).
21. Larousse É. Définitions : posture - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/posture/62965>
22. Abric J-C. Psychologie de la communication: théories et méthodes. Paris: A. Colin; 2011.
23. Larousse É. Définitions : gestualité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/gestualit%C3%A9/36857>
24. DeVito JA, Tremblay R, Massé JL. Les fondements de la communication humaine. Boucherville (Québec): G. Morin; 1993.
25. Jones SE, Yarbrough AE. A naturalistic study of the meanings of touch. Commun Monogr. mars 1985;52(1):19-56.
26. Montagu A, Erhel C. La peau et le toucher: un premier langage. Paris: Ed. du Seuil; 1979.
27. Lagarde L. Interaction soignant - nouveau-né et relation de soins. Soins PédiatriePuériculture. mai 2014;35(278):14-7.
28. Morris D. Le bébé révélé. Paris: Calmann-Lévy; 1994.
29. Larousse É. Définitions : paralangage - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/paralangage/57917>
30. Makoul G. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. Acad Med. avr 2001;76(4):390-3.

31. Rackley S, Bostwick JM. The pediatric surgeon–patient relationship. *Semin Pediatr Surg.* août 2013;22(3):124-8.
32. Larousse É. Définitions : empathie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie/28880>
33. Batson CD. These Things Called Empathy: Eight Related but Distinct Phenomena. In: Decety J, Ickes W, éditeurs. *The Social Neuroscience of Empathy* The MIT Press; 2009 p. 3-16.
34. Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin – patient. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux.* 2002;29(2):213.
35. Expérience : Définition de expérience [Internet]. <https://www.cnrtl.fr/definition/exp%C3%A9rience>
36. Kolb DA. *Experiential learning: experience as the source of learning and development.* Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall; 1984. 256 p.
37. Zeitler A, Barbier J-M. La notion d'expérience, entre langage savant et langage ordinaire. *Rech Form.* 15 juill 2012;(70):107-18.
38. Delaye R, Lardellier P, éditeurs. *La confiance: relations, organisations, capital humain.* Cormelles-le-Royal: Management et Société; 2016. 300 p. (Collection entreprise & sacré).
39. Bellenger L. *La confiance en soi: Guérir du manque de confiance en soi.* 2017
40. Imbert G. L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Rech Soins Infirm.* 2010;N° 102(3):23.
41. Fenneteau H. *L'enquête: entretien et questionnaire.* Paris: Dunod; 2015.
42. Blanchet A, Gotman A. *L'enquête et ses méthodes: l'entretien.* Armand Colin; 2010.
43. Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. *Rapport démographie des kinésithérapeutes.* 2017.
44. HAS. *Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé. Certification V2010.* 2011.
45. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. *Santé,*

Protection sociale, Solidarité - N°8 du 15 septembre 2015.

46. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>
47. Pelicand J. Maladies chroniques : l'éducation du patient enfant passe par le jeu. La santé de l'homme - n° 385 - Septembre-Octobre 2006. oct 2006;(385):50.
48. Sommelet D. Rapport de mission - L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. 28 oct 2006;601.
49. FHF. Accueil des enfants à l'hôpital - Les propositions de la FHF. 2019.
50. Chapman S. Nurses should urge parents to trust their instincts about their child. Nurs Child Young People. 3 avr 2012;24(3):11-11.
51. Lombart B. Le care en pédiatrie. Rech Soins Infirm. 2015;N° 122(3):67.
52. Albarello L, Barbier J-M, Bourgeois É, Durand M. Expérience, activité, apprentissage. 2017.
53. Delafontaine A, Doutrelot PL, Genêt F, Mathieu P, Mourey F. Réussir la démarche de recherche universitaire en kinésithérapie et thérapie manuelle: méthodologie, lecture critique d'article, mémoire de fin d'études. 2019.

Sommaire des annexes

Annexe I – Guide d’entretien des masseurs-kinésithérapeutes I

Annexe II – Entretien de Stéphanie, titulaire en cabinet libéral de groupe III

Annexe I – Guide d’entretien des masseurs-kinésithérapeutes

Je suis étudiante en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie à Brest et je réalise un travail d’initiation à la recherche sur « les moyens mis en place par les masseurs-kinésithérapeutes pour adapter leur prise en charge en pédiatrie ». Pour cela, je souhaite réaliser des entretiens semis-directifs centrés avec des masseurs kinésithérapeutes professionnels afin qu’ils me partagent leurs expériences sur ce sujet.

Je vais donc vous demander de répondre le plus spontanément aux questions que je vais vous poser.

Afin de faciliter mon travail d’analyse, m’autorisez-vous à enregistrer cet entretien ? Votre anonymat sera préservé et cet enregistrement ne fera l’objet d’aucune diffusion hors analyse et sera retranscrit uniquement pour la réalisation de mon mémoire.

Avez-vous des questions avant de commencer l’entretien ?

Question 1 : Quel âge avez-vous ?

Question 2 : Quand avez-vous été diplômé ? Quelle est votre formation ?

Question 3 : Dans quel type d’établissement travaillez-vous ?

Question 4 : Quel type de patients prenez-vous en charge ? quelles pathologies ?

Question 5 : Pouvez-vous me parler de votre expérience en pédiatrie ?

Question 6 : Dans quelle mesure votre expérience/formation vous aide lors d’une prise en charge pédiatrique ?

Question 7 : En quoi le fait de connaître l’enfant influence votre prise en charge ?

Question 8 : Comment abordez-vous la prise en charge avec les parents ? Comment la relation soignant/parent influence-t-elle votre prise en charge ?

Question 9 : Selon vous, quels sont les éléments les plus importants pour prendre en charge un enfant ? Pouvez-vous m'expliquer pourquoi ?

Question 10 : Comment surmontez-vous les difficultés que vous rencontrez lors de ces prises en charge ?

Question 11 : Avez-vous d'autres points à aborder ?

Annexe II – Entretien de Stéphanie, titulaire en cabinet libéral de groupe

Justine : Alors, quel âge vous avez ?

Stéphanie : Moi j'ai 43 ans.

Justine : Quand est-ce que vous avez été diplômée et quelle a été après votre formation ?

Stéphanie : Alors j'ai été diplômée en 98, j'ai travaillé un peu en libéral au départ, j'ai fait beaucoup de centre de rééducation en fait pendant plus d'un an et demi, thalasso au début, mais je suis pas restée longtemps, 3 mois. Après centres hospitaliers, après quelques remplacements, un assistanat en libéral quand même en début de carrière de un an et demi, et puis après je suis allée vers un centre de rééducation du côté de Rennes, qui n'existe plus parce qu'il a été fusionné avec Saint-Hélier, c'était LADAPT Betton, donc côté adulte. Et là j'ai fait beaucoup de neurologie, ce pourquoi j'avais vraiment eu envie de faire kiné. Et après je suis revenue au centre hospitalier de Brest et j'étais à l'hôpital Morvan au plateau technique, donc j'ai fait 10 ans de neurologie en plateau technique, avec très peu de côtés roulants quand même sur l'ensemble des 10 ans, mais j'ai fait quand même des soins externes, j'ai fait aussi des soins dermato, oncologie... voilà de façon partielle, en coup de main pour les collègues. Et par contre la première année j'ai fait de la pédiatrie tous les mercredis parce qu'il y avait une collègue qui était à 80% donc j'ai fait des petits temps de remplacement sur la pédiatrie, en fonction des demandes des vacances des collègues, y'avait une répartition différente de l'équipe. Et depuis 2012 je suis venue en libéral ici, voilà.

Justine : Et du coup vous avez fait des formations après la formation initiale ou pas ?

Stéphanie : J'ai tout le temps fait des formations, tout le temps tout le temps. Soit avec le centre de rééducation, j'étais allée à Kerpape faire une formation sur la neurologie. A l'hôpital Morvan on avait une fois par an une formation de groupe ou tous les deux ans peut-être, mais on avait des formations neurologiques ou autres aussi, on avait eu par exemple les problèmes nerveux, les choses comme ça, les atteintes nerveuses. Et puis je

demandais aussi à faire des formations au CEKCB² en tant que salarié, donc j'ai fait les formations Bernadette de Gasquet pour le post-partum, j'ai fait l'hypopressif aussi, j'avais commencé en hospitalier. Et en tant que libérale après j'ai continué, voilà. C'est vrai qu'au départ je pensais faire plus de rééducation périnéale que ça, et en fait je fais plus la rééducation post-partum que le vrai périnée.

Justine : Ok, du coup aujourd'hui dans quel type d'établissement travaillez-vous ?

Stéphanie : Donc c'est un cabinet libéral de groupe, on a une sage-femme, et c'est pour rebondir sur ce que je viens de dire, la rééducation périnéale classique, on propose aux gens soit de le faire ici avec une sage-femme, soit de le faire avec d'autres kinés qui sont sur la [ville], parce qu'on s'arrange bien, on sait qui fait quoi. Et effectivement y'avait une autre kiné qui était très formée en périnée classique et du coup, donc voilà, tout ce qui est incontinence urinaire et tout ça c'est d'autres collègues kinés sur la commune qui le font. Et moi je propose plus en lien avec après l'accouchement, le post-partum.

Justine : D'accord. Quel type de patients vous prenez en charge et avec quels types de pathologies en général ?

Stéphanie : Alors j'avais une spécialité neurologique depuis tout mon parcours hospitalier, et en fait je suis en train de diminuer petit à petit cette spécialité neurologique parce qu'elle était devenue physiquement plus difficile à gérer. Et j'ai aussi d'autres collègues qui sont intéressés par la neurologie, donc du coup on fait un partage de connaissances et d'activités, je pouvais prendre quelqu'un deux fois et lui une fois, et là en fait on est en train d'inverser, moi je vais prendre plutôt une fois et l'autre personne va prendre plutôt deux fois, ou certains je les prendrai plus et je serai là juste pour info si besoin, ou relais. Et du coup j'ai commencé à faire tout un parcours de formation pédiatrique, pour avoir cette possibilité là au sein du cabinet, avec une autre collègue, on est deux à faire un parcours de formation. Parce qu'en fait, par rapport au fait qu'il y ait une sage-femme et même des bébés, et par rapport à la commune aussi,

² Cercle d'Etude en Kinésithérapie Centre Bretagne

éviter que certains enfants fassent de la route bêtement dans un maxi-cosi alors qu'on peut sur place être formés quoi.

Justine : Et du coup est-ce que vous savez un peu le pourcentage entre votre patientèle pédiatrique et adulte ?

Stéphanie : Je suis encore très adulte pour l'instant, après dans la pratique ça viendra petit à petit, avec le recueil d'activité de la CPAM³, on a une visite par an. Et par contre j'avais déjà commencé à augmenter mon rapport pédiatrique, mais j'ai pas les chiffres en tête. Mais voilà c'est progressif.

Justine : D'accord. Alors du coup on en a déjà un peu parlé mais est-ce que vous pouvez me reparler un peu de votre expérience en pédiatrie ? Comment ça a commencé...?

Stéphanie : Donc avec le remplacement sur l'hôpital, et puis ici on a eu dans le cadre des kinés respiratoires, on a pu observer certaines plagiocéphalies. Du coup on a essayé de mettre en place certains soins, du coup j'ai fait les formations CEKCB, et dernièrement j'ai fait une formation avec Benoit Chevalier, donc on est allés à Kerpape avec plusieurs kinés, et on a vu le développement neuro-moteur de l'enfant, et la semaine dernière j'ai fait NBO, et avant qu'on me demande c'est New Born Observation, mais en fait on dit tout le temps NBO parce que ça vient de l'échelle de Brazelton. Donc voilà c'est un bilan spécifique que je viens d'apprendre, que je vais pouvoir compléter avec la prise en charge plagio et le développement neuro-moteur de l'enfant.

Justine : Justement dans quelle mesure votre expérience et vos formations en pédiatrie vous aident lors de la prise en charge d'enfants ?

Stéphanie : Ben énormément, parce qu'en fait on se rend compte qu'assez vite on peut avoir des questions de parents, ou des problématiques... Moi j'ai beaucoup travaillé au niveau adulte, et j'ai envie d'avoir des techniques spécifiques au niveau enfant. Et donc

³ Caisse Primaire d'Assurance Maladie

c'est un apport à chaque fois, alors après c'est vrai que suivant sur quel formateur on tombe... là la dernière formation elle m'a discrédité ce que j'avais appris deux ans avant, donc ça c'est toujours un peu le problème. Mais voilà on est en recherche, et en parallèle aussi y'a un réseau pédiatrique qui est en train de se créer, dans le Finistère, donc j'attends aussi de ce réseau de pouvoir participer à des réunions, avoir des infos quoi.

Justine : Après par rapport à la prise en charge en elle-même, en quoi le fait de connaître l'enfant va pouvoir influencer la prise en charge ? Si vous voyez un enfant depuis longtemps, par rapport à un enfant que vous voyez pour la première fois par exemple.

Stéphanie : Ben le rapport humain en fait est à mettre en place dès le début. Et bon là j'ai eu l'expérience parce que je viens d'avoir un arrêt pour raison de santé assez long. Et en fait hier j'ai retrouvé une petite qui a 6 ans, que je suis depuis ses 4 ans et demi je pense, et elle est revenue vers moi sans problème, aucune barrière, très contente de me voir, elle me posait pleins de questions... Et puis voilà on voyait qu'avec les parents il y avait du y avoir des discussions, elle avait vu d'autres kinés pendant mon absence, mais c'est vrai que j'étais étonnée de voir comment elle était contente de pouvoir venir en séance et de travailler avec moi, j'ai eu aucun soucis pendant la séance, donc je vois l'impact en fait. Après c'est une petite qui était déjà plus âgée, mais j'ai eu l'expérience aussi hier matin avec deux petits que je suis depuis tout petit, y'a eu donc 6 mois d'arrêt, c'est énorme pour des bébés, et en fait la maman me disait « ben dis donc d'habitude quand quelqu'un revient vers eux c'est un peu nouveau, ils ont plus de réticence... » bon là j'étais à domicile aussi, mais j'ai eu aucun souci. Donc je sais pas, si c'est vraiment si flagrant que ça, là j'ai deux cas. Mais je pense qu'effectivement quand on a pu créer du lien, une situation de confiance... pas forcément qu'avec l'enfant, avec le parent aussi, c'est énorme. Je pense que le parent met en condition l'enfant, et y'a pas de problème quoi.

Justine : Justement ça fait le lien avec ma prochaine question. Comment est-ce que vous abordez la prise en charge avec les parents ? Et comment votre relation avec eux influence la prise en charge de leur enfant ?

Stéphanie : Alors ben justement c'est là où en fait j'avais du coup au départ des formations qui étaient plus spécifiques, avec telles techniques qu'il faut faire, donc c'est vrai que le thérapeute se plaçait en temps que « sachant ». Et avec le NBO que je viens d'apprendre, je vois tout un autre champ d'observation avec les parents, et de prise en charge d'un enfant spécifique. C'est à dire que le NBO ça va être un outil relationnel, on va pouvoir se mettre en confiance dans la prise en charge avec l'enfant et les parents, et on va échanger autour de leur enfant. On est plus dans quelque chose de générique, où la moyenne des enfants fait ça, à tel âge, ou voilà. On va être dans l'observation vraiment de leur enfant, de ses progrès, de comment il peut mettre des choses en place, qu'il ne mettait pas peut-être en place. Et donc c'est à un instant T, faire une photo un peu et une vidéo, sans la faire, c'est de l'observation commune. Avec donc des temps où on laisse le parent dire ce qu'il voit, ce qu'il ressent, ce qu'il perçoit comme progrès, comme possibilités, ou pas. Et donc partir de là et après rebondir sur des progrès, des évolutions, dans le temps. Donc moi j'avais déjà par moment la possibilité de les laisser s'exprimer, j'essayais déjà un petit peu ça. Mais le fait d'apprendre ce type de bilan ça met vraiment ça en lumière quoi, qu'il faut vraiment aller dans ce sens là. Parce que par moment on peut se sentir parfois un peu désarmé, parce qu'on aura beau donner la feuille de prévention, donner des infos concrètes pendant la séance, inciter au portage du bébé... et je constatais que l'enfant arrivait quand même dans son maxi-cosi à la séance, et c'est pas parce qu'il dormait forcément, des fois il était éveillé.... donc je voyais qu'il y avait certaines barrières. Donc je vais voir après avec la mise en place de ce bilan, enfin de cet outil relationnel, comment ça peut évoluer. Donc effectivement, l'investissement des parents dans notre rééducation est primordial.

Justine : Du coup vous pensez qu'une attitude négative des parents ou une relation qui se passe mal avec vous peut influencer négativement votre prise en charge ?

Stéphanie : Oui c'est sur, c'est vrai, s'il y a vraiment une sensation de tension, de relation perturbée. Ici comme on est deux, assez vite je ferai appel à ma collègue, pour voir s'il y a un meilleur feeling avec ma collègue. Parce qu'on sait très bien que l'investissement des parents est primordial, et s'il n'y a pas une bonne relation de confiance avec le thérapeute, y'aura des répercussions sur ce qu'il va pouvoir proposer à son enfant en dehors des séances quoi. C'est vrai que voilà, après des fois quand y'a pas la possibilité sur d'autres horaires de changer de thérapeute, il faut essayer par

d'autres biais de changer un peu la donne. Bon je touche du bois pour l'instant j'ai jamais eu trop de problèmes relationnels avec les gens... des réticences en fait à mettre en application, voilà il faut du temps, l'acceptation de certaines étapes, le développement avec les parents... mais il faut apprendre à ne pas être tout le temps « moi je sais, moi sachant », et indulgent, tolérant par rapport à leurs limites, leurs possibilités à la maison. Je me permets jamais de juger en fait, voilà j'espère bien en tout cas ne pas faire ça (*rires*).

Justine : Alors selon vous, quels sont les éléments les plus importants pour prendre en charge un enfant, et pourquoi ?

Stéphanie : Ben la relation de confiance à mettre en place entre thérapeute, parents et enfant, comme on a dit, vraiment c'est ça le plus important. Et puis du coup tout ce qui est mise en sécurité de l'enfant, dans son évolution. Alors c'est les critères les plus importants c'est ça ?

Justine : Oui, s'il y a des choses qui vous semblent primordiales pour prendre en charge un enfant, qu'est-ce que ça serait ?

Stéphanie : Oui donc voilà, la confiance des parents, la possibilité pour eux d'exprimer leurs limites, leurs craintes, et qu'à partir du moment où ça a été évoqué, on puisse soit les reconforter, soit les rassurer progressivement avec des petits progrès, ou alors les accompagner dans la découverte d'un handicap ou de limites. Mais toujours d'arriver à positiver, de tous petits progrès... Et puis la possibilité qu'ils aient des actes simples dans leur vie de tous les jours à intégrer avec leur enfant en fait. Le partage de certaines connaissances avec eux. Donc c'est de la confiance, du partage, de l'accompagnement vers des progrès quoi. Les rendre actifs aussi dans la rééducation, et c'est de plus en plus vrai au niveau adulte aussi hein, on assiste plus les gens en fait. On est là pour les aider, les guider, mais pas pour les assister en fait.

Justine : Enfin, comment est-ce que vous surmontez les difficultés que vous pouvez rencontrer lors de ces prises en charge ?

Stéphanie : Alors le fait qu'on soit deux va me permettre d'évoquer et de pouvoir verbaliser en fait les limites que j'aurais pu sentir ou percevoir, on le fait déjà en fait avec mon autre collègue. Et dans la formation, ils ont vraiment mis ça en avant, que les soins en pédiatrie c'est quelque chose où on se met un petit peu de façon vulnérable, surtout si on change cette posture là d'être le sachant avec sa blouse... En fait ça nous protège plus que si on devient quelqu'un qui va devoir se positionner dans la relation de confiance, dans l'écoute, dans le partage de craintes, d'évolution... Donc le dialogue avec ma collègue en premier lieu, avec d'autres collègues, et puis dans le réseau également. Parce qu'il y aura petit à petit des réunions avec des partages de pratiques en fait. Donc pouvoir évoquer ses limites, ses freins qu'on rencontre dans ces prises en charge, et comment pouvoir les évaluer quoi... les pressions négatives en fait.

Justine : Voilà pour moi, est-ce que vous avez d'autres points à aborder par rapport au sujet ?

Stéphanie : Quoi dire de plus pour l'instant... que comme c'est progressif en fait le passage d'activité, ben je découvre au fur et à mesure les contraintes et les limites quoi.

LAMER Justine

RELATION DE SOIN EN PÉDIATRIE : QUELLES ADAPTATIONS POUR LE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE ?

Résumé - Le soin en pédiatrie est souvent étudié dans la littérature, mais rarement à propos du masseur-kinésithérapeute. La plupart des recherches interrogent des techniques ou pathologies spécifiques, sans prendre en compte l'aspect sociologique de ces prises en charge. Le but de ce mémoire est de déterminer quels sont les moyens mis en place par les masseurs-kinésithérapeutes afin d'adapter leurs prises en charge dans ce domaine.

Pour cela, une étude qualitative a été réalisée par le biais d'entretiens semi-directifs effectués avec six masseurs-kinésithérapeutes prenant en charge des enfants à l'hôpital, en centre de rééducation ou en cabinet libéral.

Selon les professionnels interrogés, une relation de qualité avec les parents est essentielle afin de les rendre acteurs de la prise en charge. La relation de soin avec l'enfant nécessite des aptitudes particulières comme l'empathie, l'imagination, l'observation. De plus, les expériences et formations des professionnels les aident dans cette rééducation, devenant plus compétents et confiants au fil du temps.

Les thèmes abordés dans cette recherche sont très larges et reflètent les pratiques propres à chaque professionnel interrogé. Les résultats ne peuvent être extrapolés à une population plus générale mais reflètent de grandes tendances spécifiques aux soins pédiatriques. De futures recherches pourraient être réalisées sur un panel plus large, ou dans des domaines spécifiques de la pédiatrie.

Abstract - Paediatric care is often studied in literature but rarely in regards to physiotherapy. Most researches explore specific techniques or pathologies without taking into account the sociological aspect of these treatments. The aim of this study was to determine the means by which physiotherapists adapt their care to suit this field.

For this purpose, a qualitative study was carried out. Semi-directive interviews were done with six physiotherapists taking care of children in hospitals, rehabilitation centres or private practices.

According to the professionals interviewed, a quality relationship with parents is essential in order to make them actors of the care. The care relationship with the child requires special skills such as empathy, imagination and observation. Moreover, the experience and training of the professionals help them in this rehabilitation, becoming more competent and confident over time.

The themes addressed in this research are extensive and reflect the specific practices of each professional interviewed. The results cannot be extrapolated to a more general population but reflect major trends specific to paediatric care. Future research could be conducted on a broader panel, or in specific areas of paediatrics.

Mots clés : Soins pédiatriques – Enfants – Parents – Relation soignant-soigné

Key words : Paediatric care – Children – Parents – Patient-nurse relationship

INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE

22, Avenue Camille Desmoulins, 29230 Brest CEDEX 3

Travail écrit de fin d'études – Année 2020